

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DA  
SITUAÇÃO VIVIDA, SUPORTE SOCIAL E  
RESILIÊNCIA, APÓS A VIVÊNCIA DE UM  
ACONTECIMENTO POTENCIALMENTE  
TRAUMÁTICO**

**Sara Catarina Mestre Madeira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica  
Sistémica)**

**2013**

**UNIVERSIDADE DE  
LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DA  
SITUAÇÃO VIVIDA, SUPORTE SOCIAL E  
RESILIÊNCIA, APÓS A VIVÊNCIA DE UM  
ACONTECIMENTO POTENCIALMENTE  
TRAUMÁTICO**

**Sara Catarina Mestre Madeira**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro

Dissertação co-orientada pela Dra. Joana Faria Anjos

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica  
Sistémica)**

**2013**

*“Our greatest glory is not in never falling,  
but in rising every time we fall.”*

Confucius

## **Agradecimentos**

...À professora Doutora Maria Teresa Ribeiro, pela excelente orientação, pelas palavras de incentivo e motivação e pela disponibilidade constante.

...À professora Doutora Rita Francisco, pela ajuda a trabalhar com o “Bicho” chamado NVivo.

...À Doutora Joana pela ajuda incansável, pela recolha da amostra e cedência do seu protocolo, pelos “faz tu”, que eu tanto precisei ouvir, por me ter “mostrado” esta área da psicologia, que até há pouco tempo desconhecia.

...Às minhas colegas, pelas trocas de mensagens, pela amizade, apoio, partilha de informação e empatia (mesmo durante os períodos de stress e “desespero”).

...Às minhas três mosqueteiras, por juntas termos vencido esta batalha.

...Aos meus colegas e comando do corpo de Bombeiros Voluntários do Sul e Sueste, pelas motivação que me transmitiram, e pelas horas de bom humor quando mais necessitava.

...À minha família, pelo apoio incondicional.

...A ti amor, por aturares as “azias”, por muitas vezes me “obrigares” a ir fazer a tese, mas acima de tudo, por acreditares.

**Obrigada!**

## **Resumo**

Este estudo tem como objectivo geral, compreender de que forma as características da situação vivida, e o suporte social se relacionam com a resiliência após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático. Devido ao carácter exploratório desta investigação, foi utilizada uma metodologia qualitativa, com recurso ao auxílio de métodos quantitativos para a obtenção de dados. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como metodologia qualitativa, e a escala de resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) como metodologia quantitativa.

A amostra foi recolhida através da base de dados do Centro de Orientação de Doentes Urgentes de Lisboa, no Instituto Nacional de Emergência Médica. Esta é constituída por adultos de ambos os sexos que, há menos de uma semana, tenham vivenciado um acontecimento potencialmente traumático.

Posteriormente, foi realizada uma análise qualitativa dos dados com recurso ao software de análise de dados NVivo 10. Concluiu-se, portanto, que os indivíduos com menos de 40 anos e com mais de dois filhos apresentaram melhores resultados na escala de resiliência; o suporte emocional foi mais referido do que o suporte instrumental independentemente da idade, sexo, estado civil, número de filhos, habilitações literárias e características da situação vivida; a família foi, no geral, a fonte de suporte social mais referida; tanto o suporte emocional como o suporte instrumental foram referidos pelos indivíduos como mais positivos do que negativos; todas as fontes de suporte foram consideradas como mais positivas do que negativas, excepto a comunidade; e relativamente à relação entre a resiliência e o suporte social, os indivíduos com a pontuação mais alta na escala de resiliência foram também os que referiram mais vezes o suporte da família, os que fizeram mais vezes referência ao suporte emocional do que instrumental, e também os que possuíram percepções mais positivas acerca do suporte social percebido.

**Palavras-chave:** Resiliência; Acontecimento potencialmente traumático; Suporte Social.

## **Abstract**

The present study aims, as general goal, to understand in which way the characteristics of the lived situation and the social support relates with resilience, after living a potential traumatic event. This investigation is exploratory, so we used a qualitative methodology, with the help of quantitative instruments for the collect of the data. We used a semi-structured interview as a qualitative methodology, and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) as a quantitative methodology.

The sample was collected trough the database of the Centro de Orientação de Doentes Urgentes in Lisbon, in INEM. This sample is constituted by adults of both genders, which had lived a potential traumatic situation, in no longer than a week.

After that, we did a qualitative analysis of the data, using the software of data analysis NVivo 10. We concluded that the individuals with less than 40 years old and the individuals who have more than two kids had better results in the resilience scale; the emotional support was more referred than the instrumental support, regardless of age, gender, marital status, number of kids, education and characteristics of the lived situation; family was, in general, the social support source more referred; both emotional support and instrumental support were referred by the individuals as more positive than negative; all sources of support were considered as more positive than negative, except for the community; and regarding the relationship between the social support and resilience, the individuals with the highest score in the resilience scale were also the ones that referred more often the family support, the ones that referred more often the emotional support than the instrumental support, and also the ones that possessed more positive perceptions about the perceived social support.

**Key-Words:** Resilience; Potential Traumatic Event; Social Support.

## Índice

Introdução.....	1
1. Enquadramento teórico .....	2
1.1 Trauma Psicológico .....	2
1.2 Resiliência .....	6
Resiliência versus Recuperação.....	8
Resiliência como resposta mais comum face a um acontecimento potencialmente traumático.....	10
Construtos psicológicos relevantes associados à resiliência .....	11
1.3 Suporte Social .....	12
Componentes, aspectos e dimensões do suporte social .....	14
Aspectos diferenciais do suporte social .....	16
2 – Metodologia .....	17
2.1 O desenho da investigação .....	17
2.2 Questão Inicial.....	18
2.2.1 Mapa conceptual .....	18
2.3 Objectivos .....	19
2.3.1 Objectivo Geral.....	19
2.3.2 Objectivos Específicos .....	19
2.4 Questões de Investigação .....	20
2.5 Estratégia Metodológica .....	20
2.5.1 Caracterização da Amostra.....	21
2.5.2 Instrumentos Utilizados.....	22
2.5.2.1 Entrevista Semi-Estruturada .....	22
2.5.2.2 CD-RISC.....	23

2.5.2.3	Questionário Sócio-Contextual .....	24
2.5.3	Procedimentos de recolha de dados .....	24
2.5.4.	Procedimentos de análise de dados .....	25
3.	Resultados .....	26
3.1	Resultados qualitativos .....	26
3.1.1.	Descrição dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas .....	26
3.1.2.	Relação entre as variáveis Sócio-contextuais e a Resiliência.....	29
3.1.2.1.	Relação entre Resiliência e Idade .....	29
3.1.2.2.	Relação entre Resiliência e Sexo .....	30
3.1.2.3.	Relação entre Resiliência e Estado Civil .....	30
3.1.2.4.	Relação entre Resiliência e Número de Filhos.....	30
3.1.2.5.	Relação entre Resiliência e Habilitações Literárias.....	30
3.1.2.6.	Relação entre Resiliência e Características da Situação Vivida.....	31
3.1.3.	Relação entre variáveis Sócio-Contextuais e Suporte Social.....	31
3.1.3.1.	Relação entre o Tipo de Suporte Social e a Idade .....	31
3.1.3.2.	Relação entre o Tipo de Suporte Social e o Sexo.....	32
3.1.3.3.	Relação entre o Tipo de Suporte Social e o Estado Civil .....	33
3.1.3.4.	Relação entre o Tipo de Suporte Social e o Número de Filhos.....	33
3.1.3.5.	Relação entre o Tipo de Suporte Social e as Habilitações Literárias ..	34
3.1.3.5.	Relação entre o Tipo de Suporte Social e as Características da Situação Vivida .....	35
3.1.3.6.	Relação entre as Fontes de Suporte Social e a Idade.....	36
3.1.3.7.	Relação entre as Fontes de Suporte Social e o Sexo.....	37
3.1.3.8.	Relação entre as Fontes de Suporte Social e Estado Civil .....	38
3.1.3.9.	Relação entre as Fontes de Suporte Social e as Características da Situação vivida. ....	39
3.1.4.	Percepção de Suporte Social.....	40



3.1.4.1. Relação entre a Percepção de Suporte Social e o Tipo de Suporte Social .....	40
3.1.4.2. Relação entre Percepção de Suporte Social e Fontes de Suporte Social .....	41
3.1.5. Relações entre a Resiliência e o Suporte Social .....	42
3.1.5.1. Relação entre Resiliência e Percepção de Suporte Social .....	42
3.1.5.2. Relação entre Resiliência e Fontes de Suporte Social .....	43
3.1.5.3. Relação entre Resiliência e Tipos de Suporte Social .....	44
4. Discussão dos Resultados .....	45
4.1. Relação entre as variáveis sócio-contextuais e a resiliência .....	45
4.2. Relação entre as variáveis sócio-contextuais e o Suporte social .....	46
4.2.1. Relação entre as variáveis sócio-contextuais e o Tipo de suporte social .....	46
4.2.2. Relação entre as variáveis sócio-contextuais e as Fontes de Suporte Social .....	47
4.3. Relação entre o suporte social e a sua percepção .....	49
4.4. Resiliência e Suporte social .....	50
4.4.1. Relação entre resiliência e fontes de suporte social .....	50
4.4.2. Relação entre resiliência e tipos de suporte social .....	50
4.4.3. Relação entre a percepção de suporte social e a resiliência .....	50
5. Conclusão .....	52
5.1. Conclusões Gerais .....	52
5.2. Contributos .....	52
5.3. Limitações .....	53
5.4. Propostas para investigações futuras. ....	53
Bibliografia .....	54

## **Índice Figuras**

Figura 1 – Quadro de Referência Conceptual .....	29
Figura 2 - Sexo .....	21
Figura 3 – Estado Cível .....	21
Figura 4 – Número de Filhos.....	21
Figura 5 – Habilitações Literárias.....	21
Figura 6 – Características da Situação Vivida.....	21

## **Índice Quadros**

Quadro 1 - Relação entre Resiliência e Idade .....	29
Quadro 2 - Relação entre Resiliência e Nº de Filhos.....	30
Quadro 3 - Relação entre o tipo de Suporte Social e a Idade.....	31
Quadro 4 - Relação entre o tipo de Suporte Social e o Sexo.....	32
Quadro 5 - Relação entre o tipo de Suporte Social e o Estado Cível .....	33
Quadro 6 - Relação entre o tipo de Suporte Social e o Número de filhos .....	33
Quadro 7 - Relação entre o tipo de Suporte Social e as Habilitações Literárias .....	34
Quadro 8 - Relação entre o tipo de Suporte Social e as Características da Situação Vivida.....	35
Quadro 9 - Relação entre as fontes de Suporte Social e a Idade .....	36
Quadro 10 - Relação entre as fontes de Suporte Social e o Sexo.....	37
Quadro 11 - Relação entre as fontes de Suporte Social e o Estado Cível.....	38
Quadro 12 - Relação entre as fontes de Suporte Social e as Características da Situação Vivida.....	39
Quadro 13 - Relação entre a Percepção de Suporte Social e o Tipo de Suporte Social .	40
Quadro 14 - Relação entre Percepção de Suporte Social e Fontes de Suporte Social ....	41
Quadro 15 - Relação entre Resiliência e Percepção de Suporte Social .....	42
Quadro 16 - Relação entre Resiliência e Fontes de Suporte Social.....	43
Quadro 17 - Relação entre Resiliência e Tipos de Suporte Social .....	44

## **Apêndices**

Apêndice I – Árvore de Categorias

## **Anexos**

Anexo I – Guião de Entrevista Semi-Estruturada

Anexo II – Consentimento Informado

Anexo III – *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) - Traduzida

Anexo IV – Questionário Sócio-Contextual

## **Introdução**

Quando sujeito a um acontecimento potencialmente traumático, o ser humano responde de uma forma condicionada, que depende das suas aprendizagens, da sua personalidade, dos seus recursos e das características da própria situação que viveu.

Todos estes factores conferem a este fenómeno uma subjectividade única, ou seja, aquilo que é traumático para um indivíduo, pode não o ser para outro (mesmo vivenciado a mesma situação); e, mesmo se a situação for traumática para ambos os indivíduos, estes irão reagir de formas diferentes (Guerreiro, Brito, Batista & Galvão, 2007). Segundo a literatura, este tipo de situações é vivido quase universalmente por todos os indivíduos, mas o facto de existir uma grande gama de reacções possíveis, levou a uma controvérsia entre investigadores em relação à capacidade dos indivíduos para lidar com este tipo de experiências. No entanto, embora as reacções e os níveis de sintomatologia tendam a variar dependendo do acontecimento vivido, a resiliência surge como resposta mais comum.

Sendo assim, o principal objectivo da investigação na área da resiliência psicológica, é operacionalizar o conceito ao ponto de compreender o porquê das diversas respostas ao stress de diferentes indivíduos – o porquê de alguns cederem ao stress e outros não. Esta questão pode ser respondida num plano teórico, através da existência de factores protectores e de factores de risco que todos os indivíduos possuem.

O suporte social é visto, então, como um dos grandes factores protectores que condiciona a resposta resiliente dos indivíduos.

A presente investigação inere-se nas temáticas referidas (resiliência, suporte social, e características da situação vivida) e tem como objectivo compreender as relações entre as três, e de que forma estas se afectam mutuamente.

Por esta ser uma área muito específica, este estudo trabalho poderá ser um bom ponto de partida para estudos futuros. A resiliência é já um tema já muito estudado, no entanto este tipo de amostra nunca foi utilizada em estudos com população portuguesa, e os estudos qualitativos na área do trauma são raros.

O presente trabalho está organizada em várias secções, nomeadamente: 1) uma breve revisão bibliográfica acerca das temáticas de investigação; 2) descrição da metodologia utilizada; 3) apresentação dos resultados; 4) discussão dos mesmos; e 5) principais conclusões.

## **1. Enquadramento teórico**

### **1.1 Trauma Psicológico**

“Trauma”, na sua raiz etimológica grega, significa “lesão causada por um agente externo” (Peres, Mercante & Nasello, 2005). Este conceito foi adaptado à área científica da Psicologia, e neste campo, supõe-se que um trauma ocorre quando as defesas psicológicas naturais são ultrapassadas pelo evento traumático.

Um evento traumático é definido como uma situação que envolve a experiência de morte, perigo de morte, lesões significativas ou riscos para a integridade (do próprio ou dos outros), em que a resposta do indivíduo se traduziu num medo intenso ou numa sensação de impotência (Guerreiro, Brito, Batista & Galvão, 2007).

O trauma pode, assim, ser qualquer evento que envolva a exposição do indivíduo a um incidente onde a morte ou ferimentos eram uma possibilidade e em que existiram sentimentos de terror e falta de esperança (Allen, 1995; Maxman & Ward, 1995; Rosenbloom, Williamns, & Watkins, 1999, citados por Uruk, Sayger & Gogdal., 2007). Este leva a consequências negativas tais como o medo pela perda da própria vida ou pela vida de pessoas próximas, ao stress físico e emocional e pode até causar uma ruptura significativa na vida do indivíduo (Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun & Reeve, 2012).

O conceito de trauma psicológico refere-se ao impacto extremo que uma situação de stress tem no funcionamento de um indivíduo (Guerreiro, Brito, Batista & Galvão, 2007). Situações de guerra, rapto, actos de terrorismo, desastres naturais, homicídios, assaltos, violência física e sexual, acidentes ou doenças com risco de vida, são alguns exemplos de eventos traumáticos que podem ocorrer em indivíduos ou famílias.

Para Freud, o trauma psíquico caracteriza-se por um fluxo de excitações que se torna excessivo relativamente à tolerância do indivíduo e à sua capacidade para dominar e elaborar essas excitações (Peres, Mercante & Nasello, 2005).

A maioria dos clínicos e investigadores concorda que o trauma psicológico tem três componentes principais: o facto da experiência traumática ser inesperada, os indivíduos ou indivíduo não estarem preparados para a mesma, e de não haver nada que pudessem fazer para prevenir a ocorrência da experiência traumática (Torres Bernal & Mille, 2011).

O impacto do trauma pode ser muito forte e multidimensional, visto que afecta a estrutura individual da vítima, assim como as suas relações inter-pessoais. Afecta também todas as dimensões do funcionamento comportamental e as respostas psicológicas às lesões físicas e psicológicas (Torres Bernal & Mille, 2011).

Os efeitos do trauma podem desafiar o sistema de crenças da vítima (os seus significados e expectativas em relação aos outros e à própria vida). Estes efeitos podem criar mudanças na forma de ver o mundo, acerca da natureza humana, padrões de intimidade, relações interpessoais e concepções acerca da própria identidade (Wilson et al, 2004, citado por Torres Bernal & Mille, 2011). O impacto nas relações pessoais manifesta-se através de alguns sintomas como a alienação, falta de confiança, isolamento, anedonia, impulsividade, raiva, incapacidade para relaxar e limites pessoais inapropriados (Torres Bernal & Mille, 2011).

O trauma extremo ataca a pessoa em profundidade – resultando num dano estrutural da organização do self (causando, por exemplo, dúvida, culpa, vergonha, incerteza, vulnerabilidade, tendências auto-destrutivas e perda de espiritualidade), (Wilson e tal, 2004, citado por Torres Bernal & Mille, 2011).

Segundo Albuquerque (citado por Guerreiro et al., 2007), a taxa de exposição a eventos traumáticos na população portuguesa é de cerca de 75 %, sendo que 29,3% assistiram a uma morte violenta de um amigo ou familiar, roubo ou assalto, 22,7% assistiram a um roubo ou assalto, 22,2 % testemunharam um acidente grave ou mesmo morte e 7,4 foram expostos a uma situação de guerra. Posto isto, pode se dizer que a maioria dos indivíduos já experienciou, ou irá experienciar, pelo menos um acontecimento traumático que ponha em risco a sua vida ou a vida de outrem.

A vivência de um evento traumático pode levar o indivíduo a reexaminar os elementos principais das crenças que definem a sua visão do mundo. Quanto maior a necessidade de reexaminar as crenças, maior a probabilidade de experienciar crescimento após o trauma (Cann et al., 2010, citado por Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun & Reeve, 2012).

A forma como os indivíduos processam o evento traumático é, pois, determinante para que o trauma se dê ou não. A definição de um evento como traumático não depende apenas do estímulo que provoca o stress, mas também da forma com o indivíduo processa e interpreta a ocorrência (Peres, Mercante & Nasello, 2005). Várias pessoas podem viver e experimentar situações distintas e vivenciar aspectos comuns, mas também pode acontecer que memórias sobre as mesmas ocorrências sejam

diferentes (podendo ser similares, mas nunca idênticas). Os diálogos internos, baseados nos processos auto-referentes das experiências diárias, irão afectar o relacionamento externo com os eventos quotidianos e com os episódios traumáticos, logo, a experiência que é reconstruída como uma memória deve ser respeitada como um processo subjectivo (Peres, Mercante & Nasello, 2005).

Assim, a narrativa feita da memória do evento traumático é sempre influenciada pelas representações da realidade e pelas dinâmicas psicológicas do indivíduo, que configuram a interpretação que é feita do evento.

Após este tipo de ocorrências, alguns indivíduos sentem dificuldade de concentração, ansiedade, confusão, depressão e podem não se alimentar ou descansar o suficiente. O stress resultante deste tipo de experiências afecta todos os indivíduos, mesmo os emocionalmente mais fortes, visto que são situações que afectam os sentimentos de segurança e de justiça, e requerem muitas vezes que o indivíduo se adapte a novas condições de vida.

A capacidade individual para lidar com a exposição ao trauma é largamente influenciada pelos contextos individuais e sociais, como o suporte social, variáveis de personalidade, funcionamento cognitivo, condições psicológicas existentes antes do trauma, capacidades comportamentais, e duração e intensidade do acontecimento traumático (Keane, 1989, citado por Uruk, Sayger & Gogdal., 2007).

Quando não está sujeito a situações de elevada carga emocional ou stress, o ser humano apresenta um funcionamento baseado numa avaliação constante do contexto e orientado para a tarefa – este funcionamento denomina-se funcionamento racional.

Relacionado com este funcionamento, encontra-se o funcionamento emocional, onde se encontram os desejos, emoções, preocupações instintos, etc. – que influenciam de forma indirecta o funcionamento racional. Perante situações de elevada carga emocional, como é o caso das situações traumáticas, o funcionamento racional do dia-a-dia é substituído pelo funcionamento emocional (Guerreiro, Brito, Batista & Galvão, 2007).

Quando tal acontece, por vezes o que era um comportamento adequado, torna-se num comportamento que pode demonstrar desorientação no tempo e no espaço, incapacidade para falar claramente, choro, ou comportamento orientado para a sobrevivência. Também podem ser detectadas diferenças a nível físico – todo o nosso corpo é preparado para uma possível resposta de fuga ou luta, e quanto mais grave for a

percepção de ameaça, mais emocional será o funcionamento e mais recursos instintivos serão utilizados (Guerreiro, Brito, Batista & Galvão, 2007).

Prevenir e diminuir o impacto pós-traumático é essencial para restaurar as funções psíquicas e readaptar os indivíduos às novas condições (Carvalho & Borges, 2009).

Vários estudos mostram que a família tem um impacto positivo na regulação do stress proveniente do trauma. Sendo esta a unidade básica do sistema social do indivíduo, é considerada como o sistema mais importante devido ao seu impacto específico no desenvolvimento da personalidade e bem-estar dos indivíduos (Uruk, Sayger & Gogdal, 2007).

A família providencia um modelo de adaptabilidade, mostrando através do seu funcionamento básico, a forma como uma estrutura pode mudar, a forma de desenvolvimento das relações e como estas são formadas. Um ambiente familiar positivo e funcional deve oferecer suporte, expressividade e coesão, sendo que a coesão familiar está relacionada com o bem-estar psicológico (Uruk, Sayger & Gogdal, 2007).

Apesar deste do tipo de experiências descritas anteriormente serem vividas quase universalmente, existem grandes diferenças individuais na forma como os indivíduos reagem e lidam com as mesmas (Bonnano & Kaltman, 1999; citado por Mancini & Bonanno 2006). Existe uma grande gama de reacções possíveis a estes acontecimentos, considerados como “potencialmente traumáticos”, o que levou a uma controvérsia entre investigadores em relação à capacidade dos indivíduos para lidar com este tipo de experiências.

Após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático, o trauma não tem necessariamente que surgir. São possíveis diferentes caminhos neste percurso, tanto com resultados positivos como com negativos. O tipo, o *timing* e o nível de suporte social disponível e/ou acessível para os indivíduos e grupos afectados pode ser determinante para os resultados (Almedom, 2005).

Até há relativamente pouco tempo, pouca atenção tem sido dada à reacção oposta – a manutenção de um funcionamento saudável relativamente estável. No passado, ao ser considerado este padrão, este era tipicamente visto como resultante de uma negação extrema ou como o sinal de uma força emocional excepcional.



## 1.2 Resiliência

“A resiliência é um conceito original proveniente da física, ciência na qual este constructo é definido como a capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica.” (Poletto & Koller, 2008, p. 408). Em Psicologia este conceito não pode ser utilizado da mesma forma, pois é impossível, após o evento stressor, o indivíduo voltar à “forma” inicial – o indivíduo cresce, evolui, desenvolve-se.

Define-se como a capacidade de um indivíduo se projectar no futuro apesar de acontecimentos adversos, de condições de vida complicadas e traumas potencialmente graves (Manciaux, Vanistendael, Lecomte & Cyrulnik, 2001, citados por Poseck, Baquero & Jiménez, 2006). É entendida como a capacidade para manter um funcionamento adaptativo (tanto das funções físicas como psicológicas) em situações críticas.

Bonanno define a resiliência como “a capacidade dos adultos, em circunstâncias normais, que são expostos a um acontecimento isolado e potencialmente disruptivo, tal como a morte de uma pessoa próxima ou uma situação violenta que ameaça a vida do próprio, de se manterem relativamente estáveis e manterem níveis saudáveis de funcionamento psicológico e físico”, assim como a “capacidade para gerar experiências e emoções positivas” (Bonanno, 2004; citado por Mancini & Bonanno, 2006, pag 972).

A resiliência refere-se a um processo dinâmico que abrange a adaptação positiva a um contexto de adversidade significativa. Neste conceito estão implícitas duas condições: (a) a exposição a uma ameaça significativa ou adversidade; e (b) o alcançar de uma adaptação positiva apesar dos impedimentos que possam surgir ao processo de desenvolvimento (Garmezy, 1990, citado por Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

Uma geração mais recente de investigadores, postula a noção de resiliência enquanto processo (que implica uma dinâmica entre factores de risco e factores de resiliência – factores protectores) que permite ao indivíduo superar a adversidade (Infante, 2005).

Edith Grothberg (1999), citado por Infante (2005) e por Gargurevich, (2010), foi pioneira na noção dinâmica de resiliência. A autora define que esta requer a interacção de factores resilientes provenientes de três níveis diferentes:

1. “Eu tenho” - nível que faz referência ao suporte social (como por exemplo, a presença de amigos ou familiares que oferecem auxílio em situações de stress);

2. “Eu posso”- nível que se relaciona com as diversas competências necessárias para superar determinadas situações, como a geração de ideias novas e criativas e a capacidade de comunicação com os outros;
3. “Eu sou” – nível que se refere a factores que evidenciam forças internas, tais como ser optimista e responsável e confiar em si próprio.

Autores mais recentes como Luthar e Cushing (1999), Masten (1999), Kaplan (1999) e Benard (1999), citados por Infante (2005) entendem a o conceito de resiliência como um processo dinâmico, onde existe interacção entre as forças do ambiente e do individuo, interagindo estas numa relação de reciprocidade.

A maioria destes autores, considerados autores de uma segunda geração, simpatiza com o modelo ecológico-transaccional de resiliência, que tem as suas bases no modelo ecológico de Bronfenbrenner. Este modelo postula que o indivíduo está inserido uma ecologia determinada por diferentes níveis (individual, familiar, comunitário e cultural), que interagem entre si, influenciando directamente o seu desenvolvimento (Infante, 2005).

A Resiliência não significa resistência absoluta a todas as adversidades – pode implicar enfrentamento. Esta não é uma característica absoluta, que uma vez adquirida se mantém para sempre, é dinâmica e dependente das circunstâncias, da natureza do trauma, do contexto e da etapa de vida do indivíduo.

Surge da interacção entre o indivíduo e o seu ambiente – falar de resiliência em termos individuais é um erro.

Não é uma característica ou traço individual – pode ser desencadeada em certas alturas e desaparecer noutras, assim como estar presente em algumas áreas da vida e ausente noutras. Não é uma capacidade inata ou herdada, mas sim entendida a partir da interacção entre características do indivíduo e a complexidade do contexto ecológico (Cowan e Schulz, 1996, citado por Poletto & Koller, 2008).

É um conceito multifacetado, contextual e dinâmico (Masten, 2001, citado por Poletto & Koller, 2008), no qual os factores de protecção têm a função de interagir com os efeitos de vida e accionar processos que permitam a adaptação e a saúde emocional.

Um dos pontos que mais desperta a atenção em torno da resiliência, são os factores que a promovem. Neste sentido, a investigação propõe que algumas características da personalidade e do ambiente favorecem as respostas resilientes (Poseck, Baquero & Jiménez, 2006), como a auto-confiança, a capacidade de

afrontamento, o apoio social, a existência de objectivos de vida, e acreditar que se pode aprender com as experiências não só positivas mas também negativas.

Este fenómeno inclui dois aspectos considerados importantes: a capacidade de resistir ao sucedido e a capacidade de recuperar do mesmo (Bonanno & Kaltman, 2001).

As pessoas resilientes conseguem manter o equilíbrio da sua vida quotidiana, sem que isso afecte, mesmo durante uma ocorrência traumática.

Ao longo da história, o conceito de resiliência foi tendo várias definições, mas a que melhor representa uma segunda geração de investigadores é a adoptada por Luthar et al., (2000), citado por Infante (2005), a qual define resiliência como “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande adversidade” (p. 26). Esta definição distingue três componentes essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência:

1. A noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano;
2. A adaptação positiva ou superação da adversidade;
3. O processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem no desenvolvimento humano.

A adaptação é considerada positiva quando o indivíduo alcançou as expectativas sociais relativas à sua etapa de desenvolvimento, ou quando não foram detectados sinais de desajuste. Segundo a definição do conceito de resiliência, para que seja considerado que o indivíduo passou por um processo resiliente, este deve obter uma adaptação positiva, apesar de ter sido exposto a uma situação adversa.

Ainda não foi operacionalizada uma definição de resiliência, ao ponto de se poder dizer ao certo o porquê de um indivíduo sucumbir ao stress quando exposto a um determinado evento negativo, enquanto outro não – mas este é o principal objectivo da investigação na área da resiliência psicológica.

Actualmente, a resiliência é reconhecida como um processo comum e presente no desenvolvimento de todos os indivíduos, estando o termo mais normalizado.

### **Resiliência versos Recuperação**

Vários estudos realizados com adultos, mostraram a permanência de um funcionamento resiliente dos mesmos após a ocorrência de um acontecimento

potencialmente traumático ( Rachman, 1978; citado por Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2006), e salientaram a distinção entre indivíduos resilientes e indivíduos que mostram uma recuperação gradual do trauma (Bonanno, 2004). Os termos “resiliência” e “recuperação”, são usados muitas vezes como sinónimos, ou simplesmente colocados numa categoria de “Não-PTSD”.

A recuperação é definida por um aumento moderado a severo nos sintomas psicológicos, que altera de forma significativa o funcionamento normal do indivíduo, e que apenas volta ao normal gradualmente e ao longo de vários meses (até voltar aos níveis normais “pré-trauma”). Em contraste, a resiliência é caracterizada por alterações leves e de pouca duração e por um funcionamento estável e saudável ao longo do tempo.

A diferença principal entre estes dois conceitos parece residir no facto de que os indivíduos resilientes são capazes de lidar com as experiências mais desafiantes sem que isto interfira com a sua capacidade de manter um funcionamento normal. As pessoas resilientes, durante este período, perante um acontecimento potencialmente traumático não passam por um período de disfuncionalidade, permanecendo sempre em níveis funcionais - podendo passar por um breve período de disfuncionalidade, continuando no entanto, a funcionar dentro dos seus níveis normais (continuam a cumprir com as suas responsabilidades sociais, mantêm as emoções positivas e podem comprometer-se com novas actividades).

A resiliência surge, portanto, como um fenómeno complexo que resulta de diversos factores (e.g. variáveis pessoais como a personalidade; variáveis interpessoais como as relações de suporte; variáveis do stressor, como o tipo, a severidade e respectiva duração).

Diversas questões se colocam relativamente à avaliação da resiliência. Com efeito, embora os indivíduos possam possuir características globalmente associadas à resiliência, esta só pode ser definida em termos do resultado após a ocorrência de um acontecimento potencialmente traumático, ou seja, só após a ocorrência desse mesmo acontecimento, é possível perceber se o indivíduo apresenta ou não um comportamento resiliente face ao mesmo – e só depois se podem documentar os factores promotores ou não promotores desse comportamento.

Uma crítica ao conceito de resiliência é a de que os indivíduos que não demonstram reacções adversas, poderiam estar simplesmente a exhibir uma forma superficial de ajustamento, e que, conseqüentemente, têm a probabilidade de manifestar

reações tardias. Com efeito, reações tardias ao trauma têm sido observadas, em cerca de 5 a 10% dos indivíduos expostos a um acontecimento adverso; no entanto, essas reações são tipicamente caracterizadas pela existência de reações iniciais elevadas (por vezes já próximas do stress pós-traumático), que crescem com o passar do tempo (Mancini & Bonanno, 2006).

É importante realçar que o padrão resiliente não implica que os indivíduos que vivem um acontecimento potencialmente traumático não experienciem sentimentos de tristeza, conseguindo preservar o seu nível normal de funcionamento.

É também importante distinguir resiliência de “invulnerabilidade”, visto que a resiliência, ao contrário da invulnerabilidade, implica que o indivíduo afectado pelo stress ou situação adversa, consiga superar e, ao mesmo tempo, saia fortalecido. Ou seja, a resiliência implica um processo que pode ser desenvolvido e promovido, enquanto a invulnerabilidade é considerada como um traço intrínseco do indivíduo (Rutter, 1991; citado por Infante, 2005).

Estudos realizados após o 11 de Setembro, em Nova Iorque, revelaram que a resiliência foi mais prevalente em indivíduos casados (em comparação com indivíduos solteiros, divorciados ou separados), em indivíduos com mais anos de escolaridade, em indivíduos mais novos, e em indivíduos do sexo masculino (Mancini & Bonanno, 2006).

Não há, no entanto, evidências de que a resiliência seja o reflexo da existência de estratégias de *coping* extraordinárias, ou de uma falta de capacidade patológica para experienciar a dor da perda. A resiliência parece ser, porém, uma expressão normativa da capacidade dos indivíduos para lidar com os acontecimentos de vida mais exigentes (Mancini & Bonanno, 2006).

### **Resiliência como resposta mais comum face a um acontecimento potencialmente traumático**

Embora exista uma gama muito variada de respostas face a acontecimentos potencialmente traumáticos, descobriu-se que a resiliência após este tipo de acontecimentos é surpreendentemente comum, ou seja a maioria dos indivíduos expostos a este tipo de acontecimentos demonstra resiliência.

Foi vastamente assumido na literatura, que a resposta mais comum a este tipo de eventos é a recuperação. No entanto, embora os níveis de sintomatologia tendam a

variar dependendo do tipo de acontecimento, a resiliência surge como resposta mais comum,

### **Construtos psicológicos relevantes associados à resiliência**

Yeruda, Flory, Southwick e Charney (2006), delinearam alguns elementos associados à resiliência, como a afectividade positiva e optimismo, a flexibilidade cognitiva, incluindo o *coping* religioso, suporte social e intimidade, regulação emocional e mestria/controlo (“*Mastery*”).

A afectividade positiva refere-se ao traço responsável pelo individuo se manter alegre, interessado e satisfeito com a vida. O facto de este traço estar associado à resiliência é suportado por estudos que mostram que a afectividade positiva diminui a excitação autónoma e facilita a reavaliação positiva (Folkman & Moskowitz, 2004).

O optimismo está relacionado com o afecto positivo e pode estar associado à resiliência. Isto é evidenciado por estudos que mostram que os optimistas tendem a lidar de forma mais eficiente com os stressores do que os pessimistas, tendem a usar mais estratégias de *coping* adaptativas (e.g. reinterpretação positiva), ou seja, usam estratégias diferentes de coping que contribuem para uma associação positiva entre o optimismo e um melhor ajustamento. Os optimistas tendem também a procurar mais as relações pessoais de suporte durante as transições normativas e durante as crises. Os estudos neste tema sugerem, assim, que a capacidade dos optimistas para atrair uma suporte social de melhor qualidade pode ajudar a que o seu ajustamento seja superior perante situações de vida stressantes (Brissette, Scheier & Carver, 2002.).

A flexibilidade cognitiva (e.g. reenquadramento positivo), refere-se à capacidade de reinterpretar um evento adverso de forma a retirar significado deste. Esta característica foi relacionada com uma menor probabilidade de desenvolver stress pós-traumático em veteranos de guerra (Aldwin, Levenson & Spiro, 1994), um melhor ajustamento após a perda de um ente querido (Davis, 1998; citado por Yeruda, Flory, Southwick & Charney, 2006), e com um melhor ajustamento depois de sobreviver a um desastre natural (Dollinger, 1986; citado por Yeruda, Flory, Southwick & Charney, 2006).

As estratégias activas de *coping* têm sido associadas com a capacidade de lidar com situações stressantes, menos sintomas psicológicos e um bem-estar psicológico

aumentado. Outra forma de coping que pode ser eficiente neste tipo de situações, é o *coping* religioso, que é também associado a um melhor ajustamento. A religiosidade relaciona-se com uma melhor saúde mental através de vários mecanismos que podem ser utilizados, como por exemplo, a prática de meditação, a força motivacional e orientação para a vida fornecida pela religião, o sentimento de proximidade a Deus ou outra força espiritual, ou através da rede de suporte conseguida através da pertença a grupos religiosos (Ai & Park, 2005; citados por Yeruda, Flory, Southwick & Charney, 2006).

O suporte social envolve a avaliação feita pelo indivíduo relativamente à sua rede de suporte, incluindo o suporte tangível, o amor, intimidade, e aspectos de integração social (como por exemplo a frequência de contactos com a família e amigos e a participação em grupos sociais e religiosos).

A capacidade de regular a emoção negativa pode ser protector em relação às reacções adversas ao stress ou em relação à exposição ao trauma, mas isto é algo que ainda não foi sistematicamente estudado.

A mestria/controlo (“*Mastery*”) refere-se à crença individual do indivíduo em relação a si próprio, de que consegue resolver os seus problemas, e/ou responder de forma efectiva face ao stress (Pearlin, Lieberman & Menaghan et al., 2003; citado por Yeruda, Flory, Southwick & Charney, 2006).

### **1.3. Suporte Social**

Existe uma vasta literatura que demonstra que os acontecimentos stressantes têm um papel importante no surgimento de distúrbios físicos e psicológicos.

Os indivíduos respondem de formas variadas aos eventos stressores. Existem, no entanto, factores que intervêm contra os efeitos negativos do stress, e entre as variáveis identificadas na literatura, o suporte social foi uma das que mereceu uma atenção considerável.

O suporte social refere-se às relações dos indivíduos que lhes proporcionam assistência ou ajuda, podendo esta ser concreta ou emocional, e que são percebidas como comportamentos de afecto (Hobfoll & Stephens, 1990; citado por Gargurevich, 2010).

Podem ser distinguidos diferentes tipos de suporte social. A distinção mais comum é feita entre suporte social recebido e suporte social percebido (Gargurevich,

Chaparro & Lvyten, 2007). O suporte social recebido refere-se às acções efectivamente realizadas no sentido de oferecer ajuda, enquanto o suporte social percebido faz referência às crenças do indivíduo de que receberá ajuda quando desta necessitar. (Barrera, 1986; Norris & Kaniasty, 1996). A investigação tem sublinhado a superioridade do suporte social percebido (em relação ao efectivamente recebido), visto que este promove mais consistentemente a saúde psicológica e é mais protector em alturas de stress (Norris & Kaniasty, 1996).

Outra distinção que é feita usualmente é entre suporte social instrumental e suporte social emocional, sendo que o primeiro se refere ao auxilio dado aos indivíduos na resolução de problemas de natureza prática (mais relacionados com elementos materiais), enquanto o segundo está mais relacionado com a providencia de segurança emocional, o que leva o indivíduo a sentir-se apoiado, respeitado, acompanhado e que os outros são capazes de providenciar segurança (Jacobson, 1986).

Uma outra forma de classificar o suporte social é a de Dunst e Trivette (1990, citados por Ribeiro 1999), os quais distinguem duas fontes de suporte social: informal – onde se incluem os indivíduos (família, amigos, etc.) e os grupos sociais (grupos, clubes, igreja, etc.) que podem fornecer suporte em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos; e formal – que abrange as organizações sociais formais (como hospitais), como as profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos), e que está organizado de forma a fornecer assistência às pessoas que dela necessitam.

O suporte social é, então, definido como sendo a informação que leva o sujeito a acreditar que os outros se importam com ele, que o amam e estimam, e que é um membro de uma rede social com obrigações mútuas. As relações de suporte entre os indivíduos são um factor protector contra as consequências do stress diário e contra o stress proveniente de situações de crise (Cobb, 1976).

Cobb (1976), num contexto mais clássico, define suporte social como informação pertencente a uma das três seguintes categorias: a) informação que conduz o sujeito a acreditar que é amado, e que se preocupam com ele; b) informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; e c) informação que conduz o sujeito a acreditar que pertence a uma rede social de obrigações mútuas.

Uma grande variedade de estudos científicos mostra que o suporte social é muito importante para manter a saúde física e psicológica – este pode moderar vulnerabilidades genéticas e ambientais e conferir resistência ao stress (Ozby, Johnson, Dimoulas, Morgan, Charney, & Southwick, 2007).



De um modo geral, a existência de uma rede de suporte social de qualidade parece aumentar a resistência ao stress, aumentar o bem-estar psicológico (Claudino, Moreira & Coelho, 2009), ajudar a proteger contra o desenvolvimento de psicopatologia relacionada com o trauma, diminuir as consequências das desordens induzidas pelo trauma (tais como o stress pós-traumático), e reduzir a morbilidade e mortalidade (Southwick, Vythilingan & Charney, 2005).

Schachter (1959), citado por Claudino, Moreira & Coelho (2009), refere que, ao sentirem-se ameaçados em situações stressantes, os indivíduos evitam estar sozinhos e preferem estar na presença de outros.

Existem várias evidências acerca do papel importante do suporte social na resistência ao stress. Alguns investigadores referiram que um aspecto importante do suporte social, é a sua influência na utilização de estratégias de *coping* que o indivíduo utiliza quando está sob influência de factores stressores. Por exemplo, Thoits (1986), citado por Valentiner, Holahan e Moos (1994), viu o suporte social como uma fonte de “assistência ao coping”.

### **Componentes, aspectos e dimensões do suporte social**

Há um consenso geral de que o domínio do suporte social é multidimensional, e que diferentes aspectos do suporte social têm diferentes impactos em indivíduos em grupos.

Vários autores defendem diferentes componentes e dimensões do suporte social.

Dunst e Trivette (1990, citados por Ribeiro 1999), sugerem a existência de cinco componentes do suporte social: componente constitucional (que inclui as necessidades do indivíduo e a congruência entre essas necessidades e o suporte efectivamente existente); componente relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais); componente funcional (suporte disponível, tipo de suporte – emocional, informacional, instrumental, material –, qualidade e quantidade de suporte); componente estrutural (proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência da mesma); e componente satisfação (utilidade da ajuda fornecida).

Os mesmos autores apresentam também várias dimensões de suporte social (que consideram ser as mais importantes para o bem-estar):

1. Tamanho da rede social (número de pessoas que constitui a rede social do indivíduo);
2. Existência de relações sociais (abrangendo as relações particulares – tais como o casamento –, e as gerais – que decorrem da pertença a grupos sociais);
3. Frequência de contactos (o número de vezes que o indivíduo contacta com os membros da sua rede social);
4. Necessidade de suporte (a necessidade de suporte que o indivíduo efectivamente expressa);
5. Tipo e quantidade de suporte (tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelos membros da rede social);
6. Congruência (para definir em que medida o suporte social disponível vai de encontro às necessidades de suporte do indivíduo);
7. Utilização (a extensão em que o indivíduo recorre à sua rede social de suporte quando necessita);
8. Dependência (a extensão em que o indivíduo pode confiar na sua rede de suporte social quando precisa);
9. Reciprocidade (equilíbrio entre o suporte social fornecido e recebido);
10. Proximidade (extensão da proximidade sentida para com os membros da rede social de suporte);
11. Satisfação (que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social recebido).

Na generalidade, os modelos teóricos do suporte social sublinham duas importantes dimensões: Uma dimensão estrutural (que inclui a frequência das interacções sociais, e o tamanho da rede de suporte social); e uma dimensão funcional, com componentes emocionais (como por exemplo, receber amor e sentir empatia por parte do outro) e instrumentais (ajuda no sentido mais prático (Ozbay, Johnson, Dimoulas, Morgon, Charney, & Southwick, 2007)). Sendo que a maioria das investigações sugere que a dimensão funcional (onde se insere a qualidade das relações), é um melhor preditor de uma boa saúde, do que a dimensão estrutural (quantidade das relações), embora ambas sejam consideradas importantes (Southwick, Vythilingan & Charney; citado por Ozbay, Johnson, Dimoulas, Morgon, Charney, & Southwick, 2007).

## **Aspectos diferenciais do suporte social**

A investigação tem demonstrado que os aspectos, componentes, e dimensões do suporte social têm um impacto diferente consoante o grupo etário a quem é dirigido. Olsen et al. (1991, citado por Ribeiro 1999), verificaram que os elementos mais importantes no fornecimento de suporte social dependem do grupo etário – com o cônjuge a exercer uma maior influência em indivíduos entre 30-49 anos, e a família a exercer uma maior influência no caso de jovens e idosos. Vilhjalmsson (1994), verificou também que, nos adolescentes, a principal fonte de suporte é constituída pela família, neste caso os pais (seguida por ordem de importância, pelo suporte social dado pelos amigos).

A importância da fonte do suporte social também depende bastante do estágio de desenvolvimento em que o indivíduo que está a receber ajuda se encontra. Foi mostrado, por exemplo, que a percepção de suporte social nos mais velhos está associada com o número de interações sociais, enquanto nos mais novos está associada com o suporte instrumental (Lynch, Mendelson, Robins, Krishman, George, Johnson & Blazer, 1999).

Quando sujeito a um acontecimento potencialmente traumático, o ser humano responde de uma forma condicionada que depende das suas aprendizagens, personalidade, contexto, suporte social, e características da própria situação. Todos estes factores fazem com que o fenómeno vivido tenha uma subjectividade única (o que é traumático para um indivíduo não tem necessariamente que o ser para outro), e tornam este tema um tema de interesse para a área da investigação.

O principal objectivo da investigação na área da resiliência psicológica tem sido a operacionalização deste conceito, no sentido de tentar compreender o porquê da variedade de respostas individuais possíveis às fontes de stress – porque é que uns indivíduos cedem ao stress e outros não? Serão os indivíduos, na sua maioria, resilientes?

## **2 – Metodologia**

### **2.1 O desenho da investigação**

Esta investigação foi realizada no âmbito de um projecto de Investigação para um Programa de Doutoramento em Psicologia Clínica (mais especificamente na área do Trauma Psicológico e da Resiliência), apresentado à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa pela Dra. Joana Anjos.

A presente amostra trata-se de uma amostra não aleatória por conveniência (Marôco, 2011, pag.11), visto que os participantes em estudo foram seleccionados pela sua conveniência (estes tinham de ter passado por um acontecimento potencialmente traumático há menos de uma semana, o que impossibilita a recolha da amostra de outra forma). Este tipo de amostragem não é representativo da população, visto que ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência – deste modo os resultados obtidos só se aplicam à amostra seleccionada (Sousa & Batista, 2011).

A referida amostra foi recolhida através da base de dados do Centro de Orientação de Doentes Urgentes de Lisboa, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), para onde são reencaminhadas as chamadas feitas para o número europeu de emergência médica – 112. É constituída por adultos de ambos os sexos, que há menos de uma semana tenham vivido um acontecimento potencialmente traumático, como por exemplo: uma experiência pessoal directa que envolva morte, ferimentos graves ou outro tipo de ameaça à sua integridade física; observado um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou tomado conhecimento acerca de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte vivido por um familiar ou amigo chegado.

Trata-se de um estudo qualitativo, no qual foram utilizados auxiliares quantitativos para recolha de dados. A metodologia do estudo não é considerada mista, devido à sua predominância qualitativa, não havendo, portanto, uma grande preocupação com a dimensão da amostra nem com a generalização dos resultados.

A investigação qualitativa centra-se na compreensão dos problemas em questão, sendo indutiva e descritiva, visto que as hipóteses são desenvolvidas a partir de padrões encontrados nos dados, em vez de recolher esses mesmos dados para comprovar modelos ou verificar hipóteses (como acontece nas investigações quantitativas). Este tipo de investigação caracteriza-se por um maior interesse no próprio processo de

investigação em vez de se centrar apenas nos resultados. (Sousa & Batista, 2011). O investigador desempenha aqui um papel fundamental na recolha dos dados – a qualidade desta recolha depende muito da sua sensibilidade, integridade e conhecimento.

O método qualitativo tem, assim, como vantagem principal, a possibilidade de criar hipóteses de investigação pertinentes; e como desvantagem mais óbvia, os problemas de objectividade que podem surgir na sequência de pouca experiência, falta de conhecimentos ou falta de sensibilidade do investigador (Sousa & Batista, 2011).

Este trata-se de um estudo exploratório que procura relacionar as diferentes variáveis em estudo, tendo por objectivo o reconhecimento de uma realidade ainda pouco estudada, e levantar hipóteses acerca do entendimento desta mesma realidade (Sousa & Batista, 2011, pag.57).

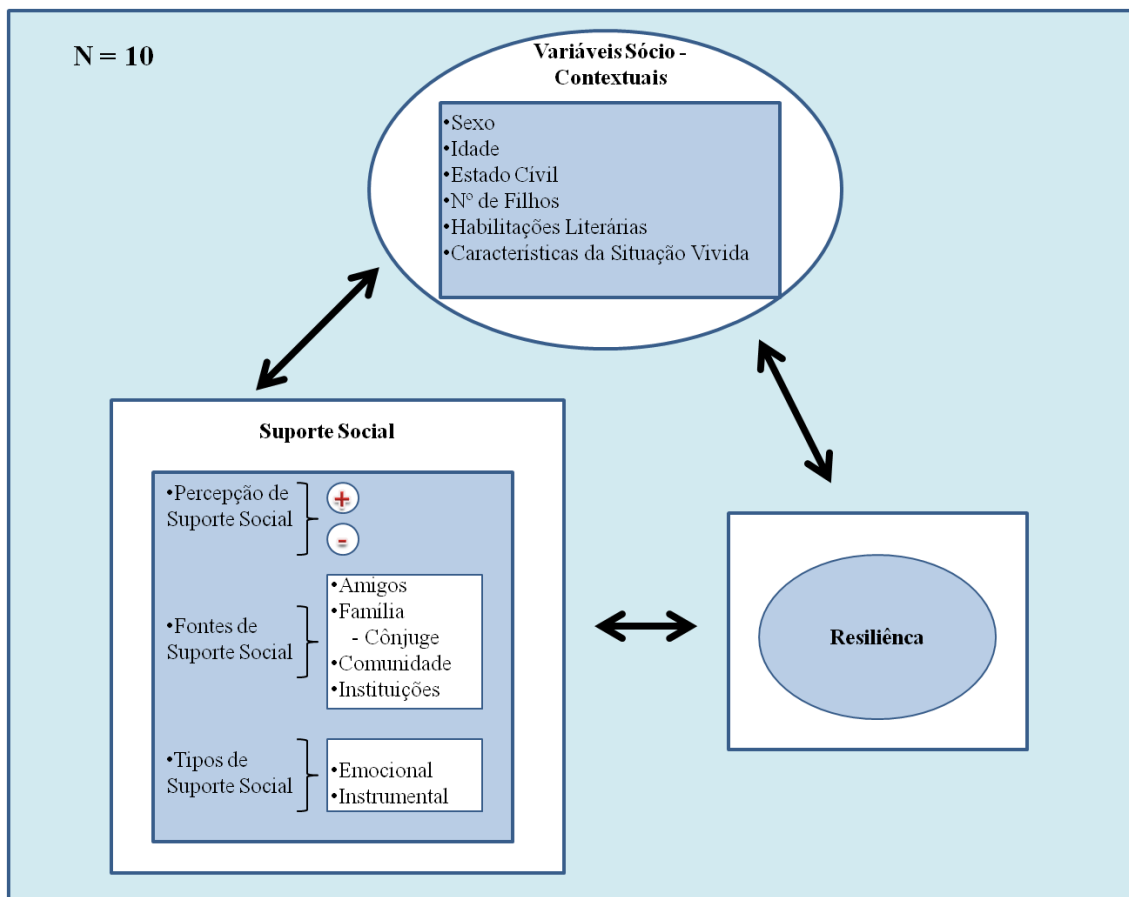
## **2.2 Questão Inicial**

A questão inicial que deu origem a este estudo foi a seguinte:

- Em caso de ocorrência de um acontecimento potencialmente traumático, de que forma o tipo de acontecimento vivido e o suporte social relatado pelo indivíduo se irão relacionar com a sua capacidade de resiliência?

### **2.2.1 Mapa conceptual**

Encontra-se seguidamente apresentado o mapa conceptual deste estudo. Neste estão representadas as variáveis em análise e as relações que se pretendem avaliar. Como variáveis sócio-contextuais (que incluem tanto variáveis sócio-demográficas como contextuais) consideramos o sexo, a idade, o estado civil, o número de filhos, as habilitações literárias, e as características da situação vivida. Relativamente ao suporte social, pretende-se estudar a percepção que os indivíduos têm do mesmo (positiva ou negativa), as fontes de suporte social e o tipo de suporte social recebido. Pretende-se também estudar a variável resiliência. As setas que se encontra no mapa conceptual representam as relações que se pretendem estudar.



**Figura 1 - Quadro de Referência Conceptual**

## 2.3 Objectivos

### 2.3.1 Objectivo Geral

Esta investigação tem como objectivo geral perceber de que forma as características da situação vivida, e o suporte social se relacionam com a resiliência, após a ocorrência de um acontecimento potencialmente traumático.

### 2.3.2 Objectivos Específicos

Esta investigação tem os seguintes objectivos específicos: a) compreender de que forma as características da situação potencialmente traumática vivida se relacionam com a resiliência; b) compreender a forma como algumas variáveis sócio-contextuais, como a idade, o sexo, o estado civil, a o número de filhos e as habilitações literárias se relacionam com a resiliência; e c) compreender como é que o suporte social se relaciona com a resiliência, face a um acontecimento potencialmente traumático.

## 2.4 Questões de Investigação

As questões de investigação visam responder essencialmente aos objectivos mais específicos deste estudo:

- De que forma as características da situação potencialmente traumática vivida se relacionam com a resiliência?
- De que forma algumas variáveis sócio-contextuais (como a idade, o sexo, o estado civil, o número de filhos e as habilitações literárias) se relacionam com a resiliência?
- De que forma é que o suporte social se relaciona com a resiliência, face a um acontecimento potencialmente traumático?

## 2.5 Estratégia Metodológica

Devido ao carácter exploratório deste estudo, pareceu-nos como melhor opção a utilização de uma metodologia qualitativa, com recurso ao auxílio de métodos quantitativos para a obtenção de dados.

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como metodologia qualitativa, no sentido de recolher informação retrospectiva da vivência potencialmente traumática. Apesar da entrevista ter sido realizada por completo, e do guião de entrevista ter sido seguido, para a presente investigação apenas nos focamos nas questões relativas ao suporte social.

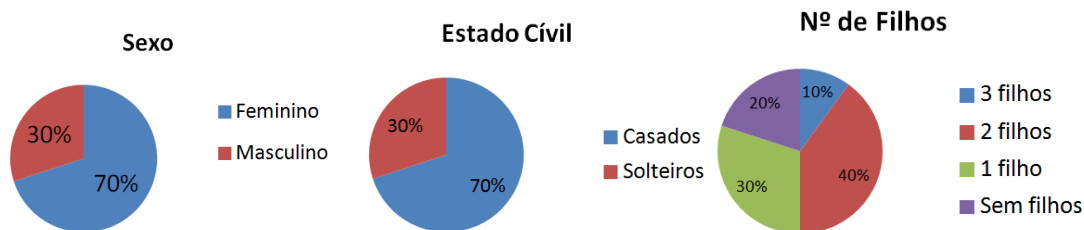
Como metodologia quantitativa, foi utilizada (na mesma amostra em que foram realizadas as entrevistas semi-estruturadas, assim como no mesmo momento), a *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), com o objectivo de avaliar a resiliência dos indivíduos.

Para a obtenção das variáveis sócio-demográficas relevantes para a investigação utilizou-se um questionário sócio-contextual.

A variável “Características da situação vivida”, foi obtida através das informações que nos foram fornecidas relativamente à situação e através do nosso conhecimento acerca do que havia ocorrido. Muitas vezes existia já da nossa parte um conhecimento prévio, visto sermos activados para intervir no local por outras equipas. Todas as entrevistas ocorreram uma semana após a intervenção no local por parte do CAPIC (Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise), portanto, ao ser realizada a entrevista, os entrevistadores já tinham conhecimento do tipo de evento que havia ocorrido.

### 2.5.1 Caracterização da Amostra

A amostra recolhida é constituída por 10 participantes com idades compreendidas entre os 27 e os 61 anos ( $M=40,5$ ;  $DP = 9,88$ ), sendo que 7 dos participantes são do sexo feminino, e 3 do sexo masculino. A maioria dos participantes é casada (70%), e os restantes são solteiros (30%). Relativamente ao número de filhos, a maioria dos participantes tem 2 filhos (40%) sendo que os restantes têm 1 filho (30 %), 3 filhos (10%), ou não têm filhos (20 %).



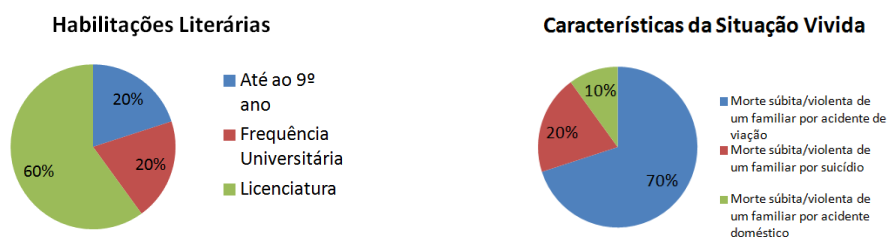
**Figura 2 – Sexo**

**Figura 3 – Estado Civil**

**Figura 4 – Número de filhos**

Em relação às habilitações literárias, a maioria dos participantes possui uma licenciatura (60 %), enquanto que os restantes possuem a escolaridade até ao nono ano (20 %) ou frequência universitária (20 %).

Relativamente ao tipo de situação potencialmente traumática vivida pelos participantes neste estudo, todos eles viveram uma morte súbita e violenta de um familiar, sendo que na sua maioria estas mortes foram por acidente de viação (70%), enquanto que os restantes foram por suicídio (20%) ou por acidente doméstico (10%).



**Figura 5 – Habilitações Literárias**

**Figura 6 – Características da Situação Vivida**



## **2.5.2 Instrumentos Utilizados**

### **2.5.2.1 Entrevista Semi-Estruturada**

Tendo em consideração a investigação proposta, e os objectivos da mesma, optamos pela entrevista para a recolha de informação.

A entrevista é uma técnica de resposta voluntária, que carece de um propósito bem definido. Os objectivos desta técnica não passam apenas pela recolha de informação, mas também pela transmissão de informação – neste estudo, além da realização da entrevista semi-estruturada, foi introduzido um componente de aconselhamento clínico devido a questões éticas. Este método de recolha de informação possibilita também uma maior diversidade relativamente às questões e respostas, uma reformulação constante e uma oportunidade para aprofundar certas respostas e questões (Sousa & Batista, 2011, pg. 79).

Neste estudo optámos por utilizar uma entrevista semi-estruturada. Neste tipo de entrevista, o entrevistador possui um guião prévio das questões (Anexo 1), com um conjunto de tópicos ou questões a abordar, no entanto estas questões não têm que ser colocadas por uma ordem pré-estabelecida, nem têm uma formulação específica pré-determinada, sendo apenas fundamental o foco nos pontos principais do guião (o mais semelhante possível com uma conversa).

Optamos por este tipo de entrevista porque esta permite ao entrevistado explorar as questões ao seu ritmo e expor de forma mais específica as questões que lhe são mais pertinentes, e de uma forma fluida e não rígida. Este tipo de entrevista dá liberdade ao entrevistador e ao entrevistado, embora não deixe que o mesmo fuja muito aos temas.

Presencialmente, a entrevistadora fornecia informações acerca dos propósitos da investigação e garantia a confidencialidade e anonimato dos participantes, pedindo consentimento para a realização e gravação das entrevistas (Anexo II).

Posteriormente, estas mesmas entrevistas foram transcritas e foi realizada a análise de conteúdo das mesmas. Para a presente investigação, apenas foram utilizados os excertos das entrevistas relativos ao suporte social.

### 2.5.2.2 CD-RISC

Para avaliar a resiliência dos participantes foi usada a *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Faria-Anjos, Ribeiro e Ribeiro (2010) (Anexo III).

Os itens da CD-RISC foram traduzidos da escala original através de um processo de tradução e re-tradução por indivíduos especialistas na área da psicologia e fluentes tanto na língua inglesa como na língua portuguesa, e posteriormente aprovados pelos autores originais da escala (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2010).

Esta é uma escala de auto-relato, criada no sentido de ajudar a quantificar a resiliência e como uma medida clínica para avaliar a resposta ao tratamento (Connor & Davidson, 2003).

A CD-RISC contém 25 itens, em que em cada item tem uma escala crescente de resposta, tipo Likert, de 5 pontos, (Sendo que 0= “Não verdadeira”; 1= “Raramente verdadeira”; 2= “Às vezes verdadeira”; 3= “Geralmente verdadeira”; e 4 = “Quase sempre verdadeira”). É pedido ao indivíduo que complete a escala, indicando até que ponto concorda com as informações dos itens e até que ponto estas se aplicam à sua realidade e a si próprio na última semana.

O resultado desta escala varia entre 0 e 100, sendo que resultados mais elevados reflectem uma maior resiliência (Connor & Davidson, 2003).

Na análise factorial da versão original desta escala, foram encontrados 5 factores, sendo que: o Factor 1 reflecte a noção de competência pessoal, normas elevadas e tenacidade; o Factor 2 corresponde à confiança do próprio nos seus instintos, tolerância ao efeito negativo e efeito reforçador do stress; o Factor 3 relaciona-se com a aceitação positiva da mudança e segurança nas relações; o Factor 4 foi relacionado com o controlo; e o Factor 5 com as influências espirituais. Este instrumento foi testado na população geral e nas amostras clínicas e demonstrou boas propriedades psicométricas, com uma boa consistência interna (*alfa de Cronbach* = 0.89) (Connor & Davidson, 2003).

Tal como a versão original, a versão adaptada à população portuguesa também possui as propriedades psicométricas necessárias com uma boa consistência interna (*alfa de Cronbach* = 0.88). No entanto, a análise factorial dos dados recolhidos junto da população portuguesa resultou numa estrutura factorial diferente da estrutura da escala original, tendo esta apenas 4 factores (Factor 1 - noção de competência pessoal, normas elevadas, tenacidade e controlo; Factor 2 - confiança do próprio nos seus instintos,

tolerância ao efeito negativo e efeito reforçador do stress; Factor 3 - aceitação positiva da mudança e segurança nas relações; e Factor 4 - influências espirituais) (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2010).

### **2.5.2.3 Questionário Sócio-Contextual**

O questionário utilizado nesta investigação pretende responder a questões tanto demográficas como contextuais (Anexo IV). Este é constituído por questões de resposta múltipla que nos permitiram recolher informação relevante acerca dos participantes ao nível das variáveis sócio-demográficas e de algumas variáveis contextuais. Este questionário geral pretende recolher informação acerca de diversas variáveis: idade, sexo, residência, estado civil, número de filhos, agregado familiar, habilitações literárias, situação profissional, consumo de substâncias, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e religião. O questionário apresentado foi aplicado na totalidade a todos os participantes, no entanto para a presente investigação apenas foram utilizados alguns dos dados.

### **2.5.3 Procedimentos de recolha de dados**

O primeiro contacto com os participantes deu-se através da intervenção do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que é activado para situações que possam ser eventualmente traumáticas para as vítimas ou seus familiares ou amigo próximos; ou através da base de dados do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

Depois desse primeiro contacto com os indivíduos, que se realizou em função do trabalho do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do INEM (em que os principais objectivos são a intervenção na crise em si, no sentido de restabelecer a segurança ao indivíduo, promover o controlo/estabilização emocional e, através da intervenção, evitar o aparecimento de sintomatologia pós-crise), foi realizado um *follow-up* telefónico (com os objectivos de avaliar a evolução do indivíduo em termos de sintomatologia e estratégias de *coping* associadas, e avaliar a posterior necessidade de acompanhamento). Através desse *follow-up* telefónico, era posteriormente questionada a disponibilidade e vontade de estes mesmos indivíduos se encontrarem connosco e participarem neste estudo.

Ao estar pessoalmente com o indivíduo, era fornecida informação acerca do

estudo, e era-lhes pedido que a entrevista fosse gravada. Durante este encontro, a entrevista semi-estruturada era gravada, e era-lhes dado a preencher um questionário sócio-demográfico (que inclui também informações contextuais), e a CD-RISC (*Connor-Davidson Resilience Scale*).

Foi ainda garantido aos participantes o anonimato e confidencialidade relativamente às informações fornecidas pelos mesmos.

Tanto as entrevistas como o preenchimento do questionário sócio-demográfico e da CD-RISC foram realizados presencialmente. A recolha de dados ocorreu entre Fevereiro e Junho.

#### **2.5.4. Procedimentos de análise de dados**

Foi realizada uma análise qualitativa dos dados com recurso ao *software* de análise de dados NVivo 10.

Como referido anteriormente, as entrevistas, após gravadas em formato áudio, foram transcritas para um formato escrito, de modo a serem importadas para o programa mencionado, de forma a ser possível analisar o seu conteúdo. Para a realização da análise de conteúdo das entrevistas foram utilizadas categorias prévias definidas pela literatura, assim como categorias emergentes dos próprios dados (Apêndice I).

Os resultados da escala CD-RISC, e os dados acerca das características da situação vivida foram também importados para o programa NVivo, de modo a poder relacionar as diferentes variáveis.

### 3. Resultados

Neste capítulo irão ser apresentados os resultados obtidos através dos dados qualitativos e quantitativos recolhidos, resultados esses que permitirão dar resposta às questões de investigação referidas anteriormente.

#### 3.1 Resultados qualitativos

Foi realizada uma análise de conteúdo no sentido de recolher e analisar os dados expressos pelos participantes ao longo das entrevistas. A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem como finalidade a descrição objectiva e sistematizada do conteúdo de uma comunicação. Esta técnica utiliza procedimentos sistemáticos e objectivo de descrição do conteúdo das mensagens, e surge como uma ferramenta para a compreensão e construção de significados. Permite, assim, ao investigador, o entendimento das representações da realidade do indivíduo, e a interpretação que este faz dos seus significados (Silva, Gobbi & Simão, 2011).

Como referido anteriormente, a análise de conteúdo foi realizada com recurso ao software de análise de dados NVivo 10.<sup>1</sup>

##### 3.1.1. Descrição dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas

Nesta secção irão ser apresentados os resultados da análise de conteúdo realizada. As categorias principais encontram-se representadas a negrito (Percepção de suporte social e Suporte Social), as subcategorias dentro das categorias principais encontram-se sublinhadas, e os excertos das entrevistas escolhidos encontram-se em Itálico. Estarão também referidas entre parênteses as frequências em que cada subcategoria é referida pelos participantes.

#### **Suporte Social**

Os participantes, ao longo das entrevistas, referem dois Tipos de Suporte: O suporte Instrumental (19) – *“E se disser à minha irmã “Dá-me cá dinheiro.”... Eu*

---

<sup>1</sup> É importante referir que as transcrições das entrevistas não serão colocadas em anexo no

*tenho ali o dinheiro da minha irmã, das carteiras e tudo, e tenho o cartão da minha irmã (...),“(...) e a Sofia(...), de cada vez que eu preciso de ir à casa da minha mãe ela vai comigo.”, “Quem está a tratar das coisas é a minha tia, a minha mãe e o Jerónimo (...), “Temos andado a tratar de tudo os dois.”, “E o meu pai depois foi connosco à funerária, porque nós sozinhos nunca tivemos que tratar dessas coisas.”, “Muita gente já se ofereceu para desmanchar a casa.”.; e o suporte Emocional (82) – “As pessoas mais próximas vão me acarinhando (...), “(...) o apoio dos amigo é bom, é bom porque uma pessoa está ocupada com os amigos e de certa forma não está a pensar naquilo (...), “No velório com os meus amigos todos, foi um grande apoio.”, “E os meus pais, mesmo com o Fernando, gostam imenso dele, é um apoio muito grande para nós.”, “(...)sentir que as pessoas gostam de nós, que nos querem bem, é muito bom. Ajuda-nos a andar para a frente.”, “O meu marido acarinha-me muito, e volta, volta e meia telefona-me a ver se estou bem.”.*

São também referidas pelos indivíduos várias Fontes de Suporte: a Família (47) – “A Catarina, que é uma miúda espectacular, o meu marido, o Nuno, também é uma pessoa espectacular, os meus pais, o meu irmão, a minha família, o meu núcleo mais próximo, e pronto, basicamente é isso.”; “(...)com o irmão e a minha cunhada. Nós os quatro temos andado sempre juntos.”; “Há bocado o meu irmão também veio aí, só para me dar um beijinho (...). Essas coisas sabem muito bem.”; “Os meus filhos, claro.”; “Mais factores de suporte? A família.”; o Cônjuge (12) – “A minha mulher. Ela faz tudo por mim. Faz tudo o que for necessário, e tenho a certeza sempre disso.”, “O meu marido também me ajuda nisso porque falámos os dois (...)”, “Mas eu tenho uma coisa óptima, eu tenho um marido fantástico (...). E isso conforta-me imenso, saber que não fiquei sozinha.”. “O meu marido tem sido uma pessoa importantíssima.”; “Ela tem me orientado e tem sido um grande pilar.”, “Ele não me largou um bocadinho durante estes dias, e quando as pessoas diziam para não chorar e que eu tinha de ser forte, ele dizia-lhes logo que eu sou humana, e que podia chorar se quisesse.”; os Amigos (28) – “Gostei mesmo muito de ter cá os meus amigos. É uma coisa que eu não sentia há muito tempo.”, “(...)naquela altura gostei mesmo que eles estivessem ao pé de mim.”, “Temos um padre amigo que também nos tem dado muito ânimo e muita coragem.”, “Os amigos. É tão bom saber que temos tantos amigos. É muito bom. Amigos bons, uns com quem se pode partilhar umas coisas, outros com quem se pode partilhar outras.”, “Mas temos lá muitos amigos e estiveram sempre muito presentes e têm estado muito

*presentes nestes dias e que gostam muito de nós.”, “(...)tenho tido uma escala de amigos que não sai lá de casa quase, ou que me leva a jantar fora.”; a Comunidade (11) – “As pessoas vão logo ter connosco e perguntam como é que estamos. É ir ao café e ter logo cinco conversas desse género.”, “Perceber que nestes momentos, (...) temos muitas pessoas que nos querem bem e muitas pessoas que nos querem ajudar. E isso conforta, ajuda, atenua, não é? Saber que não ficámos sozinhos.”, “As pessoas telefonam e vêm cá a casa.”. (...) temos os nossos amigos, nós somos daqui, isto é um meio pequeno, toda a gente nos dá força.”, “Toda a gente foi muito apoiante.”, “É chato para mim, as pessoas não têm culpa, não é? Estão preocupadas comigo. Mas assim que saio à rua aparece sempre alguém conhecido.”; e as Instituições (11) – “Vocês estiveram sempre presentes, sempre impecáveis.”; “No dia seguinte quando chegámos lá, essa tal psicóloga que foi comigo, quando chegámos ela estava a falar com duas pessoas, eu olhei para ela e ela veio logo ao pé de nós.”, “Andaram sempre sempre connosco. Nós sentimo-nos muito apoiados.”, “(...)mesmo nos bombeiros também estava um psicólogo, meteram-nos logo com um psicólogo ao pé.”, “Eu requeri um psicólogo, mas ainda estou em lista de espera.”. “(...)foram todos impecáveis, por isso é que nós queríamos agradecer lá no hospital, deixaram-nos ver a minha tia, deixaram-nos falar com ela, etc.”.*

### **Percepção de Suporte Social**

Os participantes referem o suporte social recebido na sequência do evento potencialmente traumático como: Positivo (81) – “As pessoas próximas vão estando e vão nos acarinhando, fazem o melhor que podem para nós nos sentirmos bem.”, “No outro dia a minha mãe ficou cá em casa a tomar conta dos miúdos, e pudemos ir os dois jantar fora com amigos.”, “E acabou por lá ir ter um amigo meu que foi um suporte, foi bom.”, “Eu realmente tenho uns patrões, olhe são muito meus amigos, e foram ao funeral, foram ao velório, já me disseram a mim que se eu me sentir melhor em casa, para ficar em casa (...).”, “Os meus irmãos também me têm ajudado. O carinho que eles mostram todos por mim (...)”, “Os telefonemas foram muito gratificantes (...). Saber que temos assim tantos amigos.”; ou como Negativo (10) – “Para mim e para o meu marido, acho que vai ser um bocado complicado porque estamos aqui e toda a gente conhecia o meu sogro. Vamos na rua, as pessoas vêm logo falar connosco (...).

*As pessoas pensam que estão a ajudar, mas não estão a ajudar nada.”, “Tenho uma irmã lá em Lisboa e agente não se dá (...), agora vinha cá de roda enxotei-a logo. Se não somos para os momentos bons também não somos para os momentos difíceis.”, “E como eu tenho muitos amigos de diferentes frentes, pronto, volta e meia telefonam. Nestes dias não tem parado de tocar.”, “ (...) Pronto, e já estou farta que as pessoas me perguntem como é que eu estou (...) porque eu depois, como estou sempre a responder, não tenho tempo para sentir. O apoio pode ser um stress aqui.”, “As pessoas telefonam e vêm cá a casa. Eu não quero ver ninguém!”, “E as pessoas não dizem as coisas mais acertadas.”, “Eu acho que o que me apetecia agora neste momento é que mais ninguém perguntasse nada (...). Estou a falar do geral.”.*

### **3.1.2. Relação entre as variáveis Sócio-contextuais e a Resiliência**

#### **3.1.2.1. Relação entre Resiliência e Idade**

**Quadro 1 - Relação entre Resiliência e Idade**

	Resultado CD-RISC = [55-70[	Resultado CD-RISC = [70-85[	Resultado CD-RISC = [85-100]
Idade <40	2	0	3
Idade >40	1	3	1

Segundo os resultados obtidos, 3 indivíduos com idade inferior a 40 anos (60%), obtiveram os valores mais elevados na escala de resiliência, enquanto que os restantes 40% dessa mesma faixa etária obtiveram os resultados mais baixos.

Relativamente aos indivíduos com mais de 40 anos, 3 indivíduos (60% dos indivíduos com mais de 40 anos) obtiveram resultados entre 70 e 85 na CD-RISC, enquanto 1 dos indivíduos (20%) se situa no intervalo dos resultados mais baixos, e outro (20%) se situa no intervalo dos resultados mais elevados.

Posto isto, pode-se dizer a maioria dos indivíduos mais novos (com menos de 40 anos) obtiveram os resultados mais altos na escala CD-RISC.



### 3.1.2.2. Relação entre Resiliência e Sexo

Os resultados mais elevados obtidos na escala CD-RISC, foram na sua maioria obtidos por indivíduos do sexo feminino. No entanto, este resultado não é significativo devido à grande discrepância entre o número de homens e mulheres da amostra (composta por três indivíduos do sexo masculino, e sete indivíduos do sexo feminino).

### 3.1.2.3. Relação entre Resiliência e Estado Civil

Esta relação não mostrou resultados significativos devido à grande homogeneidade entre a amostra (três dos indivíduos são solteiros e sete são casados), e devido ao facto de esta ser muito pequena. No entanto, dois indivíduos casados e dois solteiros, situaram-se nos resultados mais elevados da escala.

### 3.1.2.4. Relação entre Resiliência e Número de Filhos

**Quadro 2** - Relação entre Resiliência e Nº de Filhos

	Resultados CD-RISC = [55-70[	Resultados CD-RISC = [70-85[	Resultaos CD-RISC = [85-100]
Nº de Filhos < 2	3	0	2
Nº de Filhos > 2	0	3	2

Ao analisar a tabela acima, podemos constatar que os resultados mais baixos na escala CD-RISC, foram obtidos por indivíduos com menos de dois filhos (100%). Ao observarmos o intervalo dos resultados mais altos, vemos que estes foram obtidos de igual modo por indivíduos com menos de dois filhos (50%) e por indivíduos com mais de dois filhos (50%). No entanto, ao analisarmos por intervalos, vemos que os resultados da CD-RISC, nos indivíduos com menos de dois filhos variaram entre os 55 e os 100, enquanto que nos indivíduos com mais de dois filhos variaram entre os 70 e os 100. Sendo assim, os indivíduos com mais de dois filhos situaram-se nos intervalos de resultados mais elevados da Escala de Resiliência de Connor-Davidson.

### 3.1.2.5. Relação entre Resiliência e Habilitações Literárias

Ao analisar esta relação, é possível constatar que, os resultados mais elevados na CD-RISC foram obtidos por 2 indivíduos com a escolaridade inferior ao nono ano, 1

indivíduo com frequência universitária e 1 indivíduo com uma licenciatura. No entanto, estes resultados não são significativos devido às razões apresentadas anteriormente.

### **3.1.2.6. Relação entre Resiliência e Características da Situação Vivida**

O maior número de participantes que se situou no intervalo de resultados mais altos da escala de resiliência, foram os participantes que haviam vivido a morte súbita e violenta de um familiar por um acidente de viação. O maior número de participantes que se situou no intervalo de resultados mais baixos da escala de resiliência, foram também os participantes que haviam vivido a morte súbita e violenta de um familiar por acidente de viação.

No entanto, e mais uma vez, este resultado não é significativo visto que a maior parte dos indivíduos da amostra passou por situações com essa mesma característica.

### **3.1.3. Relação entre variáveis Sócio-Contextuais e Suporte Social**

Relativamente aos tipos de suporte social – Emocional e Instrumental – recebido, o tipo de suporte mais referido pelos participantes foi o suporte emocional (com 82 referências), sendo que o suporte instrumental foi o menos referido (com apenas 19 referências).

A fonte de suporte que foi mais referida foi a família (com 47 referências), seguida dos amigos (com 28 referências), o cônjuge (com 12 referências), a comunidade (11) e as instituições (9).

#### **3.1.3.1. Relação entre o Tipo de Suporte Social e a Idade**

**Quadro 3 -** Relação entre o tipo de Suporte Social e a Idade

	Idade <40	Idade >40
Suporte Emocional	39	43
Suporte Instrumental	11	8

No geral, os indivíduos de ambas as idades fizeram mais referência ao suporte emocional do que ao suporte instrumental.

O suporte emocional foi mais referido pelos indivíduos com mais de 40 anos – este foi referido 43 vezes (52,44% das referências) por indivíduos com mais de 40 anos, e 39 vezes por indivíduos com menos de 40 anos.

Contrariamente, o suporte instrumental foi mais referido pelos indivíduos com menos de 40 anos (este dado está de acordo com o excerto: “*Muita gente já se ofereceu para desmanchar a casa.*”) – este foi referido 11 vezes (57,89%) por indivíduos com menos de 40 anos, e 8 vezes (42,11%) por indivíduos com mais de 40 anos (Dado consonante com o excerto: “*As pessoas mais próximas vão me acarinhando (...)*”).

### 3.1.3.2. Relação entre o Tipo de Suporte Social e o Sexo

**Quadro 4** - Relação entre o tipo de Suporte Social e o Sexo

	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Suporte Emocional	25	57
Suporte Instrumental	7	12

Os indivíduos do sexo feminino referiram mais vezes os dois tipos de suporte social, em comparação com os indivíduos do sexo masculino – no entanto, este resultado deve-se à grande discrepância relativamente ao número de homens e mulheres da amostra.

Os indivíduos do sexo masculino fizeram 25 referências ao suporte emocional (78,13% das referências, e 7 referências ao suporte instrumental (21,86% das referências); enquanto que os indivíduos do sexo feminino, referiram 57 vezes o suporte emocional (82,60% das referências), e 12 vezes o suporte instrumental (17,39% das referências).

Sendo assim, e olhando para as percentagens, os homens fizeram mais referência ao suporte instrumental (dado consonante com o excerto: “*Quem está a tratar das coisas é a minha tia, a minha mãe e o Jerónimo (...)*”) do que as mulheres, enquanto que as mulheres referiram mais o suporte emocional do que os homens (“*O meu marido acarinha-me muito, e volta, volta e meia telefona-me a ver se estou bem.*”).

### 3.1.3.3. Relação entre o Tipo de Suporte Social e o Estado Civil

**Quadro 5** - Relação entre o tipo de Suporte Social e o Estado Civil

	Casado	Solteiro
Suporte Emocional	59	23
Suporte Instrumental	12	7

Tanto os indivíduos casados como os solteiros referiram mais vezes o suporte emocional. Os indivíduos casados referiram mais vezes os dois tipos de suporte, tanto emocional como instrumental – no entanto, este resultado deve-se à grande discrepância relativamente ao número de indivíduos casados e solteiros da amostra.

Os indivíduos casados fizeram 59 referências ao suporte emocional (83,10% das referências), e 12 referências ao suporte instrumental (16,90% das referências); enquanto que os indivíduos solteiros referiram 23 vezes o suporte emocional (76,67% das referências), e 7 vezes o suporte instrumental (23,33 % das referências).

Sendo assim, e olhando para as percentagens, os indivíduos solteiros fizeram mais referência ao suporte instrumental (*“E se disser à minha irmã “Dá-me cá dinheiro.”... Eu tenho ali o dinheiro da minha irmã, das carteiras e tudo, e tenho o cartão da minha irmã (...)*”) do que os indivíduos casados, enquanto que os indivíduos casados fizeram mais referência ao suporte emocional do que os solteiros (*E os meus pais, mesmo com o Fernando, gostam imenso dele, é um apoio muito grande para nós.*”).

### 3.1.3.4. Relação entre o Tipo de Suporte Social e o Número de Filhos

**Quadro 6** - Relação entre o tipo de Suporte Social e o Número de filhos

	Nº de filhos < 2	Nº de filhos > 2
Suporte Emocional	32	50
Suporte Instrumental	7	12

O suporte emocional foi sempre mais referido do que o suporte instrumental, independentemente do número de filhos (o suporte emocional tem ao todo 82 referências, enquanto que o suporte instrumental tem apenas 19).

Os indivíduos com mais de dois filhos referiram mais vezes tanto o suporte emocional (50 referências – 80,65%), como o instrumental (12 referências – 19,35%), em comparação com os indivíduos com menos de dois filhos (que referiram 32 vezes o suporte emocional – 82,05% - e 7 vezes o suporte instrumental – 17,95%).

Sendo assim, e olhando para as percentagens, os indivíduos com menos de dois filhos fizeram mais referência ao suporte emocional (como podemos ver no excerto: “*E acabou por lá ir ter um amigo meu que foi um suporte, foi bom.*”) em comparação com os indivíduos com mais de dois filhos; enquanto que os indivíduo com mais de dois filhos fizeram mais referência ao suporte instrumental em comparação com os indivíduos com menos de dois filhos (“*E o meu pai depois foi connosco à funerária, porque nós sozinhos nunca tivemos que tratar dessas coisas.*”).

### 3.1.3.5. Relação entre o Tipo de Suporte Social e as Habilitações Literárias

**Quadro 7** - Relação entre o tipo de Suporte Social e as Habilitações Literárias

	Até ao 9º ano	Frequência de curso universitário	Licenciatura
Suporte Emocional	20	13	49
Suporte Instrumental	2	3	14

Os indivíduos licenciados fizeram mais referência aos dois tipos de suporte – no entanto, este resultado deve-se à grande discrepância relativamente às habilitações literárias dos participantes.

Os indivíduos com a escolaridade até ao nono ano referiram 20 vezes o suporte emocional (90,90% das referências), e 2 vezes o suporte instrumental (9,10% das referências); os indivíduos com frequência universitária fizeram 13 referências ao suporte emocional (81, 25% das referências) e 3 referências ao suporte instrumental (18,75% das referências); e os indivíduos licenciados fizeram 49 referências ao suporte

emocional (77,78% das referências) e 14 referências ao suporte instrumental (22,22% das referências).

Sendo assim, e olhando para as percentagens, os indivíduos licenciados referiram mais vezes o suporte instrumental do que os restantes indivíduos (*“No outro dia a minha mãe ficou cá em casa a tomar conta dos miúdos, e pudemos ir os dois jantar fora com amigos.”*), e os indivíduos com escolaridade até ao nono ano referiram mais vezes o suporte emocional que os restantes indivíduos (*“Todos nós, os meus sobrinhos acarinharam-nos muito, tudo isso foi muito importante”*).

### 3.1.3.5. Relação entre o Tipo de Suporte Social e as Características da Situação Vivida

**Quadro 8** - Relação entre o tipo de Suporte Social e as Características da Situação Vivida

	Morte súbita/violenta por suicídio	Morte súbita/violenta por acidente de viação	Morte súbita/violenta por acidente doméstico
Suporte Emocional	15	60	7
Suporte Instrumental	4	12	3

Os indivíduos que sofreram a perda de um familiar por morte súbita/violenta por acidente de viação fizeram mais referências aos dois tipos de suporte – no entanto, isto deve-se à grande discrepância relativamente às características das situações vividas pelos participantes.

Os indivíduos que sofreram a morte súbita/violenta de um familiar por suicídio, referiram 15 vezes o suporte emocional (78,95% das referências) e 4 vezes o suporte instrumental (21,05% das referências); os indivíduos que sofreram a morte súbita/violenta de um familiar por acidente de viação, fizeram 60 referências ao suporte emocional (83,33% das referências) e 12 referências ao suporte instrumental (16,57% das referências); e, por último, os indivíduos que sofreram a morte súbita/violenta de um familiar por acidente doméstico, referiram 7 vezes o suporte emocional (70% das referências), e 3 vezes o suporte instrumental (30% das referências).

Sendo assim, e olhando para as percentagens, podemos dizer que o suporte emocional foi mais referido por aqueles que sofreram a morte de um familiar por

acidente de viação (*“E agora senti o que é, o apoio dos amigos e... é bom, é bom porque uma pessoa está ocupada com os amigos e de certa forma não está a pensar naquilo, não é?”*) e o suporte instrumental foi mais referido por aqueles que sofreram a morte de um familiar por acidente doméstico (*“(...)e a Sofia que era a minha cunhada, de cada vez que eu preciso de ir à casa da minha mãe ela vai comigo.”*).

### 3.1.3.6. Relação entre as Fontes de Suporte Social e a Idade

**Quadro 9** - Relação entre as fontes de Suporte Social e a Idade

	Idade <40	Idade >40
Amigos	19	9
Comunidade	7	4
Conjuge	7	5
Família	20	27
Instituições	4	5

Os indivíduos com idade superior a 40 anos fizeram mais referência às fontes de suporte social no geral do que os indivíduos com idade inferior a 40 anos.

Relativamente às fontes de suporte, os indivíduos referiram mais vezes a família, independentemente da idade.

Os indivíduos com menos de 40 anos de idade fizeram referência aos amigos 19 vezes (33,33 % das referências), 7 vezes à comunidade (12,28% das referências), 7 vezes ao cônjuge (12,28% das referências), 20 vezes à família (35,05 % das referências), e 4 vezes às instituições (7,02% das referências); enquanto que os participantes com idade superior a 40 anos fizeram nove referências aos amigos (18% das referências), 4 referências à comunidade (8% das referências), 5 referências ao cônjuge (10% das referências), e 5 referências às instituições (10% das referências).

Sendo assim, e olhando para as percentagens, podemos ver que o suporte fornecido pelos amigos (*“Eu realmente tenho uns patrões, olhe são muito meus amigos, e foram ao funeral, foram ao velório, já me disseram a mim “Se se sentir melhor em casa deixe-se estar em casa, se quiser vir trabalhar venha”*), pela comunidade (*“Perceber que nestes momentos, e graças a Deus, temos muitos amigos, muitas pessoas que nos querem bem e muitas pessoas que nos querem ajudar.”*) e pelo cônjuge (*“(...)e isto muito o meu marido também ajuda-me nisso porque falámos os dois(...)”*) foi mais referido pelos indivíduos com menos de 40 anos; e que o suporte fornecido

pela família (*“E com o meu irmão também. Qualquer coisa, digo-lhe logo o que penso em relação a esta situação.”*) e pelas instituições (*“(…)mesmo nos bombeiros também estava um psicólogo, meteram-nos logo com um psicólogo ao pé.”*) foi mais referido pelos indivíduos com mais de 40 anos de idade.

### 3.1.3.7. Relação entre as Fontes de Suporte Social e o Sexo

**Quadro 10** - Relação entre as fontes de Suporte Social e o Sexo

	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Amigos	6	22
Comunidade	4	7
Cônjuge	4	8
Família	14	33
Instituições	4	5

Os indivíduos do sexo feminino fizeram mais referências, na sua totalidade, às fontes de suporte. No entanto isto deve-se à grande discrepância entre indivíduos do sexo feminino e indivíduos do sexo masculino da amostra.

Os indivíduos do sexo masculino fizeram referência ao suporte fornecido pelos amigos 6 vezes (18,75% das referências), ao suporte fornecido pela comunidade 4 vezes (12,5% das referências), ao suporte do cônjuge 4 vezes (12,5% das referências), ao suporte da família 14 vezes (43,75% das citações), e ao suporte fornecido pelas instituições 4 vezes (12,5 % das referências); enquanto os indivíduos do sexo feminino referiram 22 vezes o suporte dos amigos (29,33% das citações), 7 vezes o suporte da comunidade (9,33%), 8 vezes o suporte fornecido pelo cônjuge (10,6% das citações), 33 vezes o suporte da família (44% das citações), e 5 vezes o suporte das instituições (6,67% das referências).

Sendo assim, e olhando para as percentagens, podemos observar que o suporte fornecido pela comunidade (*“As pessoas vão logo ter connosco e perguntam como é que estamos. É ir ao café e ter logo cinco conversas desse género.”*), pelo cônjuge (*“Ela tem me orientado e tem sido um grande pilar.”*) e pelas instituições (*“(…)foram todos impecáveis, por isso é que nós queríamos agradecer lá no hospital, deixaram-nos ver a minha tia, deixaram-nos falar com ela, etc.”*) foi mais referido pelos indivíduos do sexo masculino; e que o suporte fornecido pelos amigos (*“Mas temos lá muitos amigos e estiveram sempre muito presentes e têm estado muito presentes nestes dias e que*



*gostam muito de nós.”) e pela família (“Há bocado o meu irmão também veio aí, só para me dar um beijinho (...). Essas coisas sabem muito bem.”) foi mais referido pelos indivíduos do sexo feminino.*

### 3.1.3.8. Relação entre as Fontes de Suporte Social e Estado Civil

**Quadro 11** - Relação entre as fontes de Suporte Social e o Estado Civil

	Casado	Solteiro
Amigos	20	8
Comunidade	8	3
Cônjuge	12	0
Família	30	17
Instituições	6	3

Os indivíduos casados fizeram mais referência a todos os tipos de suporte, no entanto, isto deve-se provavelmente ao facto de existir uma grande discrepância entre o número de indivíduos casados e o número de indivíduos solteiros da amostra.

Os indivíduos casados fizeram referência ao suporte fornecido pelos amigos 20 vezes (26,32% das referências), ao suporte fornecido pela comunidade 8 vezes (10,53% das referências), ao suporte do cônjuge 12 vezes (15,73% das referências), ao suporte fornecido pela família 30 vezes (39,47% das referências), e ao suporte fornecido pelas instituições 6 vezes (7,90% das referências); enquanto que os indivíduos casados referiram o suporte dos amigos 8 vezes (25,81% das referências), da comunidade 3 vezes (9,68%), da família 17 vezes (54,84% das referências), e das instituições 3 vezes (9,68%).

Sendo assim, e olhando para as percentagens, podemos observar que o suporte fornecido pelos amigos (*“E agora senti o que é, o apoio dos amigos e... é bom, é bom porque uma pessoa está ocupada com os amigos e de certa forma não está a pensar naquilo, não é?”*) e pela comunidade (*“Mas sentir que as pessoas gostam de nós, que nos querem bem, é muito bom. Ajuda-nos a andar para a frente.”*) foi mais referido pelos indivíduos casados, enquanto que o suporte fornecido pela família (*“Com a minha irmã, eu não tenho segredos com a minha irmã.”*) e pelas instituições (*“Sim, eu requeri um técnico, mas estou em lista de espera, pronto.”*) foi mais referido pelos indivíduos solteiros.

### 3.1.3.9. Relação entre as Fontes de Suporte Social e as Características da Situação vivida.

**Quadro 12** - Relação entre as fontes de Suporte Social e as Características da Situação Vivida

	Morte súbita/ violenta por suicídio	Morte súbita/violenta por acidente de viação	Morte súbita/violenta por acidente doméstico
Amigos	11	11	6
Comunidade	4	6	1
Cônjuge	4	8	0
Família	6	39	2
Instituições	0	8	1

A maior parte das referências foram feitas por indivíduos que sofreram a perda de um familiar por morte súbita/violenta por acidente de viação – isto deve-se, provavelmente, ao facto de existir uma grande discrepância entre o número de indivíduos que sofreram as diferentes situações estudadas.

Os indivíduos que sofreram a perda de um familiar por suicídio, referiram 11 vezes o suporte fornecido pelos amigos (44% das referências), 4 vezes o suporte fornecido pela comunidade (16% das referências), 4 vezes o suporte fornecido pelo cônjuge (16% das referências), 6 vezes o suporte fornecido pela família (24% das referências), e não fizeram referência a suporte fornecido pelas instituições; os indivíduos que sofreram a perda de um familiar por acidente de viação fizeram referência ao suporte dos amigos 11 vezes (15,28% das referências), ao suporte da comunidade 6 vezes (8,33% das referências), ao suporte do cônjuge 8 vezes (11,11% das referências), ao suporte da família 39 vezes (54,17% das referências), e 8 vezes ao suporte dado pelas instituições (11,11% das referências); enquanto que os indivíduos que sofreu a perda de um familiar por acidente doméstico, referiu o suporte dos amigos 6 vezes (60% das referências), o suporte da comunidade 1 vez (10% das referências), o suporte da família 2 vezes (20% das referências), e ao suporte fornecido pelas instituições 1 vez (10 % das citações).

Sendo assim, e com base nas percentagens, podemos observar que os indivíduos que sofreram a perda de um familiar por morte súbita/violenta devido a um suicídio fizeram mais vezes referência ao apoio da comunidade (*“As pessoas telefonam e vêm cá a casa. Eu não quero ver ninguém!”*) e do cônjuge (*“Mas eu tenho uma coisa ótima,*

*eu tenho um marido fantástico (...). E isso conforta-me imenso, saber que não fiquei sozinha.”*); os indivíduos que sofreram a perda de um familiar por morte súbita/violenta devido a um acidente de viação fizeram mais vezes referência ao apoio da família (*“(…)com o irmão e a minha cunhada. Nós os quatro temos andado sempre juntos.”*) e das instituições (*“(…)vocês estiveram sempre presentes, sempre impecáveis.”*); e os indivíduos que sofreram a perda de um familiar por morte súbita/violenta devido a um acidente doméstico fizeram mais vezes referência ao apoio fornecido pelos amigos (*“(…)tenho tido uma escala de amigos que não sai lá de casa quase(…)”*).

### **3.1.4.Percepção de Suporte Social**

O Suporte social foi percebido, na sua generalidade, como sendo mais positivo (81 referências), do que negativo (apenas 11 referências).

#### **3.1.4.1.Relação entre a Percepção de Suporte Social e o Tipo de Suporte Social**

**Quadro 13** - Relação entre a Percepção de Suporte Social e o Tipo de Suporte Social

	Tipo de Suporte: Emocional	Tipo de Suporte: Instrumental
Percepção Negativa de Suporte Social	10	1
Percepção Positiva de Suporte Social	73	19

Tanto o Suporte emocional como o Suporte Instrumental, foram ambos percebidos pelos indivíduos como mais positivos do que negativos. No entanto, olhando apenas para a Percepção negativa, vemos que existem mais percepções negativas no suporte emocional (90,9%) (como se pode ver, por exemplo, pelo excerto: *” (...) Pronto, e já estou farta que as pessoas me perguntem como é que eu estou (...) porque eu depois, como estou sempre a responder, não tenho tempo para sentir. O apoio pode ser um stress aqui.”*) do que no suporte instrumental (9,1%).

### 3.1.4.2. Relação entre Percepção de Suporte Social e Fontes de Suporte Social

**Quadro 14** - Relação entre Percepção de Suporte Social e Fontes de Suporte Social

	Percepção Negativa de Suporte	Percepção Positiva de Suporte
Amigos	5	24
Comunidade	6	5
Cônjuge	0	12
Família	1	46
Instituições	0	9

Todas as fontes de suporte estudadas foram percebidas como mais positivas do que negativas, excepto a comunidade. Nos amigos, 17,24% das referências à percepção de suporte foram positivas e 82,76% foram negativas; no cônjuge, 100% das referências à percepção de suporte foram positivas; na família, apenas 2,13% das referências relativas à percepção de suporte foram negativas, enquanto as restantes 97,87 % foram negativas; e nas instituições, 100% das referências feitas referiram-se à percepção positiva de suporte.

Relativamente ao suporte fornecido pela comunidade, 45,45% das referências referiram-se a percepções positivas desta fonte de suporte, e 54,55 referiram-se a percepções negativas. Este resultado sugere que o suporte fornecido pela comunidade foi percebido como mais negativo do que positivo (como se pode ver, por exemplo, pelo excerto: *“Eu acho que me soube bem chegar cá, foi o anonimato, ninguém me conhece. É bom, nestas alturas é muito bom. Em Portalegre era chato, é chato não é? É chato para mim, as pessoas não têm culpa, não é? Estão preocupadas comigo. Mas assim que saio à rua aparece sempre alguém conhecido. E aqui sabe-me bem o anonimato, posso ir, sei lá, posso ir onde quiser.”*).

### 3.1.5. Relações entre a Resiliência e o Suporte Social

#### 3.1.5.1. Relação entre Resiliência e Percepção de Suporte Social

**Quadro 15** - Relação entre Resiliência e Percepção de Suporte Social

	Resultados CD-RISC = [55-70[	Resultados CD-RISC = [70-85[	Resultados CD-RISC = [85-100]
Percepção Negativa de Suporte Social	6	2	2
Percepção Positiva de Suporte Social	13	28	40

Existiram mais percepções positivas de suporte quando os resultados da CD-RISC se encontram no intervalo [85-100] – 40 referências (correspondem a 49% das referências); 34, 57% de referências (28 referências) a percepções de suporte positivas quando os resultados da CD-RISC se encontram no intervalo [70-85[; e 16,06% de referências (13 referências) a percepções positivas de suporte quando os resultados se encontram no intervalo [55-70[.

O efeito contrário também ocorreu: existiram mais referências a percepções negativas de suporte social quando os resultados da Escala de Resiliência de Connor-Davidson se encontra no intervalo mais baixo – existem 6 referências, o que equivale a das 60% referências às percepções de suporte negativas.

Sendo assim, pode dizer-se que os indivíduos com resultados mais altos na escala de resiliência de Connor-Davidson, possuíam percepções mais positivas do suporte social recebido (como se pode ver, por exemplo, nesta citação: “*O meu marido tem me ajudado brutalmente, aliás, é uma pessoa extraordinária.*”).

### 3.1.5.2. Relação entre Resiliência e Fontes de Suporte Social

**Quadro 16** - Relação entre Resiliência e Fontes de Suporte Social

	Resultados CD-RISC = [55-70[	Resultados CD-RISC = [70-85[	Resultados CD-RISC = [85-100]
Amigos	9	6	13
Comunidade	3	2	6
Cônjuge	1	5	6
Família	7	16	24
Instituições	1	5	3

Dentro do intervalo de resultados da CD-RISC [55-70[, as fontes de suporte mais referenciadas foram os amigos, com 9 referências (42,86% das referências feitas dentro desse grupo), e os amigos, com 7 referências (33,33% das referências feitas dentro desse grupo). No intervalo de resultados da CD-RISC [70-85[, a fonte de suporte que foi claramente mais referenciada foi a família, com 16 referências (que equivale a 47,06% das referências feitas nesse grupo). Por fim, no intervalo que engloba os valores mais altos, [85-100], as fontes de suporte mais referenciadas foram a família, com 24 referências (o que equivale a 46,15% das referências feitas nesse grupo), e os amigos, com 13 referências (25% das referências do grupo).

No seu total, foram feitas mais referências a fontes de suporte, pelos indivíduos que tiveram os resultados mais altos na escala de resiliência (52 referências ao todo).

Sendo assim, parece estar explícito que os indivíduos com uma pontuação mais baixa na escala de resiliência referiram mais vezes como fonte de suporte os amigos (*“E como eu tenho muitos amigos de diferentes frentes, pronto, volta e meia telefonam.”*), enquanto que os indivíduos com a pontuação mais alta referiram mais vezes como fonte de suporte, a família (*“Sim, quer dizer, nós temos os nossos valores da família, temos os meus tios. Os meus tios lá de Lisboa têm estado um bocadinho ausentes, mas quando precisamos nestas alturas más eles estão cá sempre.”*)

### 3.1.5.3. Relação entre Resiliência e Tipos de Suporte Social

**Quadro 17** - Relação entre Resiliência e Tipos de Suporte Social

	Resultados CD-RISC = [55-70[	Resultados CD- RISC = [70-85[	Resultados CD-RISC = [85-100]
Suporte Emocional	16	28	38
Suporte Instrumental	3	7	9

Tendo em conta a tabela apresentada, podemos observar que os indivíduos com os resultados mais altos na escala de resiliência, são também os que referiram mais vezes o suporte emocional (referido 38 vezes) (por exemplo: *“Temos um padre amigo que também nos tem dado muito ânimo e muita coragem.”*) e instrumental (referido 9 vezes). Contrariamente, os indivíduos cujos resultados se encontram no intervalo mais baixo, referiram menos vezes os dois tipos de suporte, tanto o emocional (referido 16 vezes), como o instrumental (referido 3 vezes).

## **4. Discussão dos Resultados**

O objectivo deste capítulo é a discussão dos resultados descritos ao longo do capítulo anterior, de forma a poder articulá-los sempre que possível com uma fundamentação teórica. Este capítulo estará organizado seguindo a mesma ordem de pontos do capítulo anterior.

### **4.1. Relação entre as variáveis sócio-contextuais e a resiliência**

Ao verificarmos a relação entre resiliência e idade, podemos constatar que a maioria dos indivíduos mais novos (com menos de 40 anos de idade) obteve os resultados mais elevados na escala CD-RISC. Relacionando a resiliência com o número de filhos, observámos que os indivíduos com mais de dois filhos se situaram nos intervalos mais elevados da escala de Resiliência Connor-Davidson. A análise entre a resiliência e as outras variáveis sócio-contextuais (sexo, estado civil, habilitações literárias e características da situação vivida) não foi significativa, muito provavelmente devido ao reduzido número da amostra e devido à grande homogeneidade da mesma.

Vários estudos realizados após o 11 de Setembro, em Nova Iorque, mostraram que a resiliência foi mais prevalente em indivíduos casados (em comparação com os solteiros), em indivíduos com mais anos de escolaridade, em indivíduos mais novos e em indivíduos do sexo masculino (Mancini & Bonanno, 2006). No entanto há estudos que dizem o contrário relativamente a certas variáveis. Existem estudos que apontam para a existência de diferenças de género mas que, no entanto, demonstram que os indivíduos do sexo masculino e os indivíduos do sexo feminino são igualmente resilientes (Ripar, Evangelista & Paula, 2008). Outras investigações sugerem que a resiliência não é específica de género e que não aumenta nem diminui com a idade (Agaibi & Wilson, 2006). Em relação à idade, também há autores que defendem que as pessoas mais velhas têm maior probabilidade de serem mais resilientes (Mancini & Bonanno, 2007). Posto isto, podemos dizer que, relativamente à idade, há estudos congruentes com os nossos resultados e outros não.

Relativamente à situação vivida, a literatura diz-nos que a maioria dos indivíduos apresenta uma trajectória resiliente, independentemente da situação, e que esta trajectória parece ser uma expressão normal da capacidade humana para lidar com os eventos exigentes. Investigações recentes, mostram que, dentro dos vários tipos de



acontecimentos potencialmente traumáticos, mais de 50% dos indivíduos apresentaram uma trajetória resiliente (Mancini & Bonanno, 2007).

A relação dos indivíduos com os acontecimentos potencialmente traumáticos está relacionada com a ocorrência em si, com a sua intensidade, frequência, duração e severidade. Neste sentido, o impacto dos eventos stressores é ainda determinado pela forma como estes são percebidos – dependendo do contexto em que ocorreram, da sua rede de suporte social, do grau de desenvolvimento do indivíduo, das suas experiências e características individuais (Poletto & Koller, 2008).

Relativamente ao facto de os indivíduos com um maior número de filhos se terem classificado com melhores resultados na escala de resiliência de Connor-Davidson, isto pode dever-se ao facto de os filhos serem factores de suporte em si – são outras relações significativas que podem ser protectoras e reparadoras. O facto de terem mais filhos também pode influenciar o aumento da rede social, o que pode aumentar os níveis de suporte.

#### **4.2. Relação entre as variáveis sócio-contextuais e o Suporte social**

O suporte social é um factor de protecção que ajuda os indivíduos a modificar e melhorar respostas pessoais a determinados acontecimentos. Sendo assim, é importante que o indivíduo possua uma rede de apoio social, com recursos individuais e institucionais, que encoraje os indivíduos a lidar com as circunstâncias adversas da vida.

##### **4.2.1. Relação entre as variáveis sócio-contextuais e o Tipo de suporte social**

Verificámos que, independentemente da variável a ser analisada, o suporte emocional foi sempre mais referido do que o suporte instrumental. Esta constatação vai de acordo com a literatura, visto que o tipo de suporte social que parece ser mais apreciado na fase mais recente pós-trauma é o suporte emocional (Jacobson, 1986).

Relativamente à relação entre o tipo de suporte social e a idade, o suporte emocional foi mais referido pelos indivíduos com mais de 40 anos de idade (em comparação com os indivíduos com menos de 40 anos), e o suporte instrumental foi mais referido por indivíduos com menos de 40 anos (em comparação com os indivíduos com mais de 40 anos). Este resultado pode dever-se ao facto de as redes de suporte de cada um dos grupos de indivíduos serem de faixas etárias diferentes, e por isso sentirem que devem oferecer tipos de suporte diferentes.

O suporte emocional foi mais referido pelos indivíduos do sexo feminino (em comparação com os indivíduos do sexo masculino); e o suporte instrumental foi mais referido pelos indivíduos do sexo masculino (em comparação com os indivíduos do sexo feminino). Isto pode dever-se ao facto de que, segundo a literatura, as mulheres tendem a procurar mais suporte nos outros, nomeadamente o suporte emocional, enquanto os homens parecem ser mais fechados e procuram mais suporte numa rede intra-familiar (Cutrana, 1996).

O suporte emocional foi mais referido pelos indivíduos solteiros (em comparação com os indivíduos casados); e o suporte instrumental foi mais referido pelos indivíduos casados (em comparação com os solteiros).

Relativamente à variável demográfica “Número de filhos”, os indivíduos com mais de dois filhos referiram mais vezes os dois tipos de suporte do que os indivíduos com menos de dois filhos. Isto pode dever-se ao facto de os filhos também poderem funcionar como factores de suporte instrumental e emocional.

Os indivíduos com menos de dois filhos fizeram mais referência ao suporte emocional (em comparação com os indivíduos com mais de dois filhos); e os indivíduos com mais de dois filhos fizeram mais referência ao suporte instrumental em comparação com os indivíduos com menos de dois filhos.

Relativamente às habilitações literárias, os indivíduos licenciados referiram mais vezes o suporte instrumental do que os restantes indivíduos; e os indivíduos com a escolaridade até ao 9º ano referiram mais vezes o suporte emocional que os restantes indivíduos.

O suporte emocional foi também mais referido por aqueles que sofreram a morte de um familiar por acidente de viação (em comparação com os restantes indivíduos); e o suporte instrumental foi mais referido por aqueles que sofreram a morte de um familiar por acidente doméstico (em comparação com os restantes indivíduos).

#### **4.2.2. Relação entre as variáveis sócio-contextuais e as Fontes de Suporte Social**

A família foi, no geral, a fonte de suporte mais referida. Ribeiro (1999), confirma que, para a população portuguesa, a fonte de suporte social mais importante é

a família – esta tem um papel muito importante na regulação do stress proveniente do trauma.

O suporte fornecido pelos amigos, pela comunidade, e pelo cônjuge foi mais referido pelos indivíduos com menos de 40 anos de idade (em comparação com os indivíduos com mais de 40 anos); e o suporte fornecido pela família e pelas instituições foi mais referido pelos indivíduos com mais de 40 anos de idade (em comparação com os indivíduos com menos de 40 anos).

A investigação tem demonstrado que os aspectos, componentes ou dimensões do suporte social têm um impacto diferente consoante o grupo etário. Vários investigadores, como Olsen et al. (1991, citado por Ribeiro, 1999) verificaram que os elementos mais importantes relativos ao fornecimento de suporte social dependiam do grupo etário, com o cônjuge a exercer uma maior influência no caso dos jovens e idosos.

O suporte fornecido pela comunidade, pelo cônjuge e pelas instituições foi mais referido pelos indivíduos do sexo masculino (em comparação com os indivíduos do sexo feminino); e o suporte fornecido pelos amigos e pela família foi mais referido pelos indivíduos do sexo feminino, em comparação com os indivíduos do sexo masculino.

Segundo Cutrana (1996), o cônjuge é muitas vezes referido como uma grande ajuda para ultrapassar os tempos de crise (tanto para os indivíduos do sexo masculino, como para os indivíduos do sexo feminino). No entanto, a investigação revela que os homens parecem ser mais dependentes das suas esposas no que toca ao fornecimento de suporte social. Enquanto os homens dependem primariamente do cônjuge para obterem suporte, as mulheres dependem de uma variedade de fontes, incluindo a família, os amigos e a comunidade – estas têm uma maior tendência para procurar suporte nos outros elementos da sua rede social do que nos seus maridos (Cutrana, 1996).

Sendo assim, os homens da nossa amostra evidenciaram mais o apoio do cônjuge, das instituições e da comunidade (apesar de o apoio oferecido pela comunidade ter sido considerado mais negativo do que positivo), e as mulheres parecem ter procurado mais apoio noutras redes de suporte próximas, como os amigos e a família.

As mulheres não procuram tanto o apoio do marido – segundo a investigação, o suporte do cônjuge é mais benéfico para o sexo masculino do que para o sexo feminino

(as mulheres recebem menos suporte dos seus parceiros do que o que elas lhes fornecem) (Cutrana, 1996).

Relativamente à variável “Estado Civil”, o suporte da comunidade e dos amigos foi mais referido pelos indivíduos casados, em comparação com os indivíduos solteiros; e o suporte fornecido pela família e pelas instituições foi mais referido pelos indivíduos solteiros, em comparação com os indivíduos casados.

Os indivíduos que sofreram a perda de um familiar por morte súbita/violenta devido a um suicídio referem mais vezes o apoio da comunidade e do cônjuge (e comparação com os restantes participantes); indivíduos que sofreram a perda de um familiar por morte súbita/violenta devido a um acidente de viação fizeram mais vezes referência ao apoio da família e das instituições (em comparação com os restantes participantes); e por fim, os indivíduos que sofreram a perda de um familiar por morte súbita/violenta devido a um acidente doméstico fizeram mais referência ao apoio fornecido pelos amigos (em comparação com os restantes participantes).

#### **4.3. Relação entre o suporte social e a sua percepção**

Relativamente aos tipos de suporte, tanto o suporte emocional como o suporte instrumental foram referidos pelos indivíduos como sendo mais positivos do que negativos. No entanto, olhando apenas para a percepção negativa, podemos ver que existem mais percepções negativas relativas ao suporte emocional.

Em relação às fontes de suporte, todas foram percepcionadas como mais positivas do que negativas excepto a referente à comunidade. Não houve nenhuma referência negativa ao suporte fornecido pelo cônjuge e pelas instituições.

A investigação tem evidenciado que, tanto se verifica que o suporte social é um amortecedor dos impactos do stress na saúde, como pode estar associado à redução do bem-estar (Dunbar, Ford & Hunt, 1998; citados por Ribeiro, 1999).

O mesmo comportamento, oferecido pelos outros com a intenção de ser fornecedor de suporte pode ser visto pelo indivíduo que o recebe como uma ajuda se recebido no tempo certo, ou como negativo, se recebido no tempo errado (Jacobson, 1986).

Estas referências negativas ao suporte fornecido pela comunidade podem ser explicadas pelo conceito de “*Support overload*” (Nichols, 2002), que tem a ver sobretudo com uma questão de *timing*. Quanto uma perda ocorre, o indivíduo em luto é

muitas vezes “inundado” por pessoas que lhe oferecem condolências, falam sobre o sucedido, telefonam, etc. E, muitas vezes, quando a perda ocorre, o indivíduo não tem ainda capacidade para aceitar todas estas tentativas de suporte – é demasiado para lidar naquela altura.

#### **4.4. Resiliência e Suporte social**

Os factores protectores são factores que podem modificar a reacção à situação que apresenta risco, ao reduzir as reacções negativas em cadeia (Anaut, 2005).

Investigações anteriores relativas ao fenómeno da resiliência identificaram vários factores que funcionam como factores protectores e que se podem associar com a resiliência – um destes factores é a presença de uma rede de suporte disponível, acessível e de qualidade, que possa oferecer apoio ao indivíduo quando este dele o necessite (Agaibi & Wilson, 2005). O suporte social encoraja e reforça os indivíduos a lidar com as circunstâncias adversas da vida, promovendo assim, a resiliência.

##### **4.4.1. Relação entre resiliência e fontes de suporte social**

Os indivíduos com uma pontuação mais baixa na escala de resiliência referiram mais vezes como fonte de suporte os amigos; enquanto os indivíduos com a pontuação mais alta referiram mais vezes como fonte de suporte, a família.

A família, como dito anteriormente, é a fonte primordial de suporte da população portuguesa (apesar de ser mais procurada como fonte de suporte em algumas idades em comparação com outras), e neste caso parece ser também a melhor fonte de suporte para a promoção da resiliência.

##### **4.4.2. Relação entre resiliência e tipos de suporte social**

Os indivíduos com os resultados mais altos na escala de resiliência são também os que referiram mais vezes o suporte emocional e instrumental. Contrariamente, os indivíduos cujos resultados se encontravam no intervalo mais baixo, referiram menos vezes os dois tipos de suporte. Estes resultados estão de acordo com a teoria – os indivíduos mais resilientes são aqueles que mais valorizam o suporte social e que mais procuram a ajuda dos outros (como recursos) em períodos de stress.

##### **4.4.3. Relação entre a percepção de suporte social e a resiliência**

Os indivíduos com resultados mais elevados na escala de resiliência de Connor-Davidson possuíram percepções mais positivas do suporte social percebido. O contrário

também ocorreu: os indivíduos com os resultados mais baixos na escala de resiliência foram os que mais referiram percepções negativas de suporte.

## **5. Conclusão**

Neste capítulo serão descritos brevemente os resultados gerais mais relevantes encontrados. Serão também apontadas as contribuições e limitações desta dissertação, assim como algumas propostas para investigações futuras nesta área.

### **5.1. Conclusões Gerais**

A análise entre a resiliência e as variáveis sócio-contextuais (sexo, estado civil, habilitações literárias e características da situação vivida) não foi significativa.

Os indivíduos mais novos (com menos de 40 anos de idade) e com mais de dois filhos apresentaram melhores resultados na escala de resiliência.

Relativamente ao tipo de suporte social, o suporte emocional foi mais referido do que o suporte emocional independentemente da idade, sexo, estado civil, número de filhos, habilitações literárias e características da situação vivida.

Em termos de fontes de suporte social, a família foi, no geral, a fonte mais referida.

Tanto o suporte emocional como o instrumental foram referidos pelos indivíduos como sendo mais positivos do que negativos.

Em relação às fontes de suporte, todas foram percepcionadas como mais positivas do que negativas excepto o suporte oferecido pela comunidade (este foi referido pelos indivíduos como mais negativo do que positivo).

Relativamente à relação entre a resiliência e o suporte social – os indivíduos com uma pontuação mais alta na escala de resiliência: referiram mais vezes como fonte de suporte, a família; referiram mais vezes o suporte emocional do que o instrumental; e possuíram melhores percepções mais positivas do suporte social percebido.

### **5.2. Contributos**

Esta investigação pode ser considerada como um ponto de partida para investigações futuras nesta área. Penso que seria interessante aprofundar cada uma das relações, de forma a conseguir resultados significativos e generalizáveis à população portuguesa que passe por este tipo de situações.

Pode também ser útil no sentido de direccionar as intervenções (tanto intervenções clínicas como intervenções psicoterapêuticas).

### **5.3. Limitações**

Uma das limitações mais relevantes é o tamanho da amostra (N=10), que ao ser tão pequena, e não representativa, não permite fazer grandes inferências nem generalizações. Apesar de a recolha ter sido efectuada durante vários meses, foram poucos os indivíduos que aceitaram participar no estudo. Como o intervalo entre a vivência do acontecimento potencialmente traumático e a entrevista foi muito curta, muitos dos indivíduos encontravam-se ainda muito fragilizados e a retomar ainda o seu funcionamento normal, não aceitando assim participar no estudo.

Poderiam ter sido feita uma análise de conteúdo mais extensiva às entrevistas, tendo em conta outras variáveis além do suporte social.

As características da situação vivida também poderiam ter sido caracterizadas de uma forma diferente.

Uma outra limitação considerada importante é a utilização de um excerto muito pequeno das entrevistas, e de poucas variáveis. Poderias ter sido estudadas mais variáveis de forma a compreender a fundo algumas relações.

### **5.4. Propostas para investigações futuras.**

Em investigações futuras consideramos que seria importante explorar mais esta questão, com uma amostra maior, e com a utilização de uma metodologia mista que abrangesse também uma bateria de testes de origem quantitativa.

Seria interessante relacionar mais variáveis com a resiliência, no sentido de perceber melhor o porquê do funcionamento resiliente dos indivíduos.

Poderia ser relevante avaliar a resiliência destes indivíduos em vários momentos após o acontecimento potencialmente traumático, em vez de esta apenas ser avaliada uma semana após o sucedido (a investigação de Doutoramento no qual esta dissertação de mestrado está integrada têm em conta esta questão, e irá realizar um estudo longitudinal). Outras variáveis que seria interessante estudar e relacionar com as variáveis do nosso estudo seriam, por exemplo, as estratégias de *coping* utilizadas, a adaptabilidade e coesão familiar.



## Bibliografia

Agabi, C. & Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience: A review of the literature. *Trauma, violence and abuse*, 6.

Alwin, C., Levenson, M. & Spiro, A. (1994). Vulnerability and Resilience to Combat Exposure: Can Stress Have Lifelong Effects? *Psychology and Aging*, 9(1), 34-44.

Almedom, A. (2005). Resilience, hardiness, sense of coherence and posttraumatic growth: all paths leading to “light at the end of tunnel?”. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 253-265.

Anaut, M. (2005) *A resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.

Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.

Bonanno, G.A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.

Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: *Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?* *American Psychologist*, 59, 20–28.

Bonanno, G. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *American Psychological Society*, 14 (3), 135-138.

Bonanno, G., Galea, S., Bucciarelli, A. & Vlahov, D. (2006). Psychological Resilience after Disaster. *Psychological Science*, 17 (3), 181 – 186.

Brisette, I., Cheier, M. & Charver, C. (2002). The Role of Optimism in Social Network Development, Coping, and, Psychological Adjustment During a Life Transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (1), 102-111.

Carvalho, A. & Borges, I. (2009). *A trajetória histórica e as possíveis práticas de intervenção do psicólogo frente às emergências e os desastres*. V Seminário Internacional de Defesa Civil – DEFENCIL.

- Claudino, A., Moreira, J. & Coelho, V. (2009). Robustez Psicológica, Apoio Social e Sintomas Físicos no Processo de Stress. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 115-125.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Connor, K. & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Cutrona, C. (1996). *Social Support in Couples*. California: Sage publications.
- Faria-Anjos, J., Ribeiro, M. T., & Ribeiro, M. (2010). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Portuguese population. (não publicado).
- Folkman, S. & J. Moskowitz. 2004. Coping: pitfalls and promise. *Ann. Rev. Psychol.* 55, 745–774.
- Ganellen, R. & Blaney, P. (1984). Hardiness and Social Support as Moderators of the Effects of Life Stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(1), 156-163.
- Gargurevich, R., Chaparro, C. & Luyten, P. (2007) Adaptación y propiedades psicométricas de cuestionarios: transacciones de soporte social (CTSS) y satisfacción de soporte social (CSSS). *Revista de Psicología*, 9, 92-103.
- Gargurevich, R. (2010). Yo soy, Yo tengo, Yo puedo: Fuentes Múltiples de Resiliência frente a un desastre. *UCMaule – Revista Académica*, 38, 71-83.
- Guerreiro, D., Brito, B., Batista, J.L., & Galvão, F. (2007). Stress Pós-traumático. Os Mecanismos do Trauma. *Acta Med*, 20, 347-354.
- Infante (2005). A Resiliência como processo: uma revisão de literatura recente. In *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Ed. Artmed, Porto Alegre.
- Jacobson, D. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 250-264.
- Lynch, T., Mendelson, T., Robins, C., Krishman, R., George, L., Johnson, C. & Blazer, D. (1999). Perceived social support among depressed elderly, middle-aged, and young-

adult samples: cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Affective Disorders*, 55, 159-170.

Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Mancini, A. & Bonanno, A. (2006). Resilience in the face of Potencial Trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 62 (8), 971-985.

Mancini, A. & Bonanno, A. (2007). The Human Capacity to Thrive in the Face of Potencial Trauma. *Pediatrics*, 121.

Marôco, J. (2001). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: Report Number.

Nichols, D. (2002). Social Support of the Bereaved: Some practical suggestions. In J. Morgan. *Social support. A reflection of Humanity*. New York : Baywood Publishing company.

Norris, F. & Kaniasty, K. (1996). Received and Perceived Social Support in Times of Stress: A Test of the Social Support Deterioration Deterrence Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511.

Ozbay, F., Johnson, D., Dimoulas, E., Morgon, C., Charney, D. & Southwick, S. (2007). *Social Support and Resilience to Stress: From Neurobiology to Clinical Practice*. *Psychiatry*, 35-40.

Peres, J., Mercante, J., Nasello, A. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Rev Psiquiatr RS*, 27(2), 131-138.

Poletto, M. & Koller, S. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, factores de risco e de protecção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416.

Poseck, B., Baquero, B. & Jiménez, M. (2006). La Experiencia Traumática des de la psicologia Positiva: Resiliencia Y Crecimiento Postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.

- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Ripar, A., Evangelista, F. & Paula, F. (2008). Resiliência e Género. *Psicólogo InFormação*, 12, 33-52.
- Silva, C. R., Gobbi, B. C., & Simão, A. A. (2011). O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, 7(1).
- Sousa, M. & Batista, C. (2001). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios*. Lisboa: PACTOR.
- Southwick, S., Vythilingom, M. & Charney, D. (2005). The Psychology of Depression and Resilience to Stress. Implications for Prevention and Treatment. *Ann, Rev. Clin. Psychol.*, 1, 255-291.
- Torres Bernal, A & Mille, D. (2011). Healing from Trauma: Utilizing Effective Assessment Strategies to Develop Accessible and Inclusive Goals. *Kairos*, 1(1-2).
- Triplett, K., Tedeschi, R., Cann, A., Calhoun, L. & Reeve, C. (2012). Posttraumatic Growth, Meaning in Life, and Life Satisfaction in Response to Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4 (4), 400–410.
- Uruk, A., Sayger, T. & Cogdal, P. (2007). *Examining the Influence of Family Cohesion and Adaptability on Trauma Symptoms and Psychological Well-Being*. The Haworth Press, Inc.
- Valentiner, D. Holahan, C. & Moos, R. (1994). Social Support, Appraisals of Event Controllability, and Coping: An Integrative Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6), 1094-1102.
- Vilhjalmsson, R. (1993). Effects of Social Support on Self-Assessed Health in Adolescence, *Journal of Youth and Adolescence*, 23(4), 437-452.

Yehuda, R., Flory, J., Southwick, S. & Charney, D. (2006). Developing an Agenda for Transitional Studies of Resilience and Vulnerability Following Trauma Exposure. *Ann, N.Y. Acad. Sci.*, 1071, 379-396.

Westphal, M. & Bonanno, G. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Journal compilation - International Association of Applied Psychology*.

# *APÊNDICES*

## Apêndice 1 – Árvore de Categorias

Nome		Fontes	Referências	Criado em	Criado por
Suporte Social		10	88	27-09-2013 14:40	SM
Tipo de Suporte		10	88	07-10-2013 16:27	SM
Instrumental		7	19	07-10-2013 16:44	SM
Emocional		10	82	07-10-2013 16:45	SM
Fontes de Suporte		10	87	07-10-2013 16:27	SM
Família		10	53	07-10-2013 16:35	SM
Conjuge		5	12	07-10-2013 17:51	SM
Família		10	47	07-10-2013 17:57	SM
Amigos		10	28	07-10-2013 16:35	SM
Comunidade		7	11	07-10-2013 16:37	SM
Instituições		5	9	07-10-2013 16:38	SM
Percepção do Suporte		10	90	07-10-2013 16:28	SM
Positiva		10	81	07-10-2013 16:28	SM
Negativa		6	10	07-10-2013 16:28	SM

***ANEXOS***



## Anexo I – Guião de Entrevista Semi-estruturada

Áreas Temáticas	Entrevista Objectivos
<b>Características da Situação vivida e das variáveis contextuais</b>	<p>Não sendo intrusivo e sem aprofundar detalhes de ansiedade ou mal-estar. Tentar perceber da narrativa espontânea o grau de envolvimento e exposição aos seguintes estímulos:</p> <p><i>Pessoas mortas</i></p> <p><i>Pessoas com ferimentos graves</i></p> <p><i>Cenários de grande destruição</i></p> <p><i>Reacções de descontrolo emocional de outras pessoas afectadas</i></p> <p><i>Pessoas significativas desaparecidas</i></p> <p><i>Percepção de que a sua vida ou integridade física corria perigo</i></p> <p><i>Exposição a actos de violência extrema</i></p>
<b>Significado atribuído ao acontecimento</b>	<p>Avaliar o significado atribuído ao acontecimento (responsabilidade pela morte de outra pessoa, culpa, castigo, destino....)</p>
<b>Sintomatologia Psicológica</b>	<p>Sintomatologia despoletada pelo acontecimento vivido</p> <p>Sintomatologia anterior ao acontecimento</p>
<b>Consequências do Acontecimento Vivido</b>	<p>Mudanças despoletadas pelo acontecimento:</p> <p><i>Lesões Físicas</i></p> <p><i>Perda de recursos sociais</i></p> <p><i>Morte de Familiares/Amigos</i></p> <p><i>Desaparecimento de pessoas significativas</i></p> <p><i>Perda de bens significativos</i></p>
<b>Significado Atribuído ao acontecimento</b>	
<b>Stress Percebido</b>	<p>Tarefas inesperadas a realizar</p> <p>Percepção de controlo e competência face às tarefas a realizar/dificuldades inesperadas</p>
<b>Estratégias de Coping</b>	<p>Estratégias de <i>coping</i> adaptativas e não-adaptativas</p> <p>Consumos/Auto-medicação</p>
<b>Suporte Social</b>	<p>Adaptabilidade familiar</p> <p>Amigos/Vizinhos/Comunidade</p> <p>Recursos Institucionais</p>
<b>Espiritualidade</b>	

## **Anexo II – Consentimento Informado**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Foi solicitada a sua participação numa investigação realizada no âmbito do Doutoramento em Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, que tem por objectivo investigar como reagimos perante situações exigentes e/ou potencialmente traumáticas.

As suas informações são confidências pois os resultados serão codificados e utilizados apenas no âmbito deste estudo.

Gostaríamos de saber se aceita participar nesta investigação respondendo a algumas questões. A sua colaboração é essencial

A sua participação é voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

A Investigadora Responsável

O Participante

---

---

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Anexo III – Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) - Traduzida

POR FAVOR COMPLETE COM CANETA PRETA.

### Connor-Davidson - Escala de Resiliência (CD-RISC)

iniciais do nome    BI         data   /   /

idade   estado civil ☐ casado(a) ☐ separado (a) ☐ viúvo(a)  
☐ solteiro(a) ☐ divorciado(a)

#### SEXO

☐ masculino ☐ caucasiana ☐ asiática  
☐ feminino ☐ raça ou origem étnica ☐ africana ☐ outra

Por favor indique até que ponto concorda com as seguintes afirmações enquanto se aplicam à sua realidade e a si nesta última semana. Se alguma destas situações não ocorreu recentemente, responda de acordo com o que pensa que teria sentido caso tivessem ocorrido.

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
1 Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
2 Eu tenho pelo menos uma relação próxima e segura que me ajuda quando estou sob stress.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
3 Quando não existem soluções óbvias para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
4 Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
5 Os sucessos do passado dão-me confiança para lidar com os novos desafios e dificuldades.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
6 Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
7 Ter de lidar com o stress torna-me mais forte.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
8 Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
9 Bem ou Mal, acredito que a maioria das coisas acontece por uma razão.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
10 Eu dou o meu melhor independentemente dos resultados que possa vir a ter.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
11 Eu acredito que posso atingir os meus objectivos, mesmo que existam obstáculos.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
12 Mesmo quando as coisas parecem não ter solução, eu não desisto.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4

iniciais do nome    BI         data   /   /   visita

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
<b>13</b> Durante momentos de stress / crise, eu sei onde procurar ajuda.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>14</b> Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>15</b> Eu prefiro liderar na resolução de problemas, do que deixar que os outros tomem todas as decisões.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>16</b> Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>17</b> Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>18</b> Eu consigo tomar decisões pouco populares ou difíceis com implicações para outras pessoas, se necessário.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>19</b> Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>20</b> Ao lidar com os problemas da vida, às vezes temos que agir por impulso, sem olhar para o porquê.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>21</b> Eu acredito fortemente que a vida tem um sentido.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>22</b> Eu sinto que a minha vida está sob o meu controlo.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>23</b> Eu gosto de desafios.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>24</b> Eu trabalho para atingir os meus objectivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4
<b>25</b> Eu orgulho-me dos sucessos que alcanço.	O 0	O 1	O 2	O 3	O 4

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida de nenhuma forma, ou por qualquer meio, electrónico ou mecânico, incluindo fotocópia, ou por qualquer sistema de armazenamento ou recuperação de informação, sem permissão por escrito de Dr.Davidson: Box 3812, Duke University Medical Center, Durham NC 27710; e-mail: david011@mc.duke.edu.

## Anexo IV – Questionário Sócio-Contextual

### Questionário Geral

Idade \_\_\_\_\_ anos

Sexo

Feminino ☐ <sub>1</sub>

Masculino ☐ <sub>2</sub>

Residência

Concelho \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

#### Estado Civil

Solteiro(a) ☐ <sub>1</sub>

Víuvo(a) ☐ <sub>4</sub>

União de facto ☐ <sub>2</sub>

Separado(a) ☐ <sub>5</sub>

Casado(a) ☐ <sub>3</sub>

Divorciado(a) ☐ <sub>6</sub>

O *acontecimento vivido* alterou o seu estado civil?

Não ☐ <sub>1</sub>

Sim ☐ <sub>2</sub>

#### Filhos

Não ☐ <sub>1</sub>

Sim ☐ <sub>2</sub>

Número de filhos \_\_\_\_\_

Dos quais, dependentes? \_\_\_\_\_

Outras pessoas dependentes

Não ☐ <sub>1</sub>

Sim ☐ <sub>2</sub>

Quantas? \_\_\_\_\_

#### Actualmente vive com

Pai e mãe juntos ☐ <sub>1</sub>

Família Adoptiva ☐ <sub>7</sub>

Pai ☐ <sub>2</sub>

Namorado(a)/Companheiro (a) ☐ <sub>8</sub>

Mãe ☐ <sub>3</sub>

Cônjuge ☐ <sub>9</sub>

Irmãos ☐ <sub>4</sub>

Amigos ☐ <sub>10</sub>

Filhos ☐ <sub>5</sub>

Sozinho(a) ☐ <sub>11</sub>

Outros familiares ☐ <sub>6</sub>

O *acontecimento vivido* alterou as pessoas com quem vive?

Não ☐ <sub>1</sub>

Sim ☐ <sub>2</sub>

#### Habilitações literárias

Até ao 9º ano ☐ <sub>1</sub>

Bacharelato ☐ <sub>6</sub>

Até ao 12º ano ☐ <sub>2</sub>

Licenciatura ☐ <sub>7</sub>

Frequência de Curso Profissional ☐ <sub>3</sub>

Pós-Graduação ☐ <sub>8</sub>

Frequência de Curso Universitário ☐ <sub>4</sub>

Mestrado ☐ <sub>9</sub>

Curso Profissional ☐ <sub>5</sub>

Outro \_\_\_\_\_ ☐ <sub>10</sub>

### Situação Profissional

1

☐ $\square_2$ ☐

Se empregado, qual a profissão ? \_\_\_\_\_

O **acontecimento vivido** mudou a sua situação profissional?

 $\square_1$ 

□<sub>2</sub>

### Relativamente à Religião, considera-se

☐ 1

□<sub>3</sub>

☐

Se assinalou 2. ou 3., que religião? \_\_\_\_\_

**Alguma vez teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?**

1



1

Nunca tive mas penso/já pensei que

 $\square_2$ 

4

Faz alguma medicação psiquiátrica (ansiolíticos, anti-depressivos,...)?

Qual? \_\_\_\_\_

Quem prescreveu a medicação? \_\_\_\_\_

## Consumo de Substâncias

O **acontecimento vivido** alterou o seu consumo de substâncias psico-activas?

Quais as substâncias que consumia habitualmente?

1

Quantidade por semana

 $\square_2$ 

$\square_3$

$\square_4$

☐ 5

6

Qual? \_\_\_\_\_

Quais as substâncias que consumiu na última semana?

$\square_1$

Quantidade por semana

$\square_2$

☐ 3

☐ 4

□ 5

6

Qual? \_\_\_\_\_